


ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE





MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE

RHINOLOGIE

Directeurs : **C. CHAUVEAU** et **Et. SAINT-HILAIRE**

Secrétaires de la Rédaction : **Ch.-J. Kœnig** et **M. Menier**

Secrétaire adjoint : **A.-R. Salamo**

AVEC LA COLLABORATION DE :



MM. les D^{rs} BONNIER, CARTAZ, CHATELLIER, CHAVASSE (Val-de-Grâce), COLIN, COUILLON, CUVILLIER, DANET, DELPORTE, DIDSURBY, GELLÉ, G. GELLÉ fils, GLOVER, GOLESCEANO, GOULY, GROSSARD, HELME, HERCK, LACROIX, LUBET-BARNON, MALHERBE, MANDELSTAMM, MARAGE, MARTIN, MENDEL, MÉNIÈRE, MOUNIER, POTIQUET, SARREMONE, VASCHIDE, WEISMANN, BAR (de Nice), DOUGLAS AIGRE (Boulogne-sur-Mer), BEAUSOLEIL (Bordeaux), BONAIN (Brest), COLLET, prof. agrégé de la Faculté de Lyon, DELOBEL (Lille), ESCAT (Toulouse), FAIVRE (Poitiers-Luchon), FORESTIER (Aix-les-Bains), HÉDON (Montpellier), HÉLOT (Rouen), JACQUIN (Reims), JONCHERAY (Angers), LABIT (Tours), DE LAVARENNE (Luchon), LICHTWITZ (Bordeaux), MASSIER (Nice), MENIER (Figeac), MIGNON (Nice), MOLINIÉ (Marseille), PANNÉ (Nevers), PILLEMENT (Nancy), RAOULT (Nancy), RAUGÉ (Challes), RICARD (Alger), RIVIÈRE (Lyon), ROQUES (Cannes), ROYET (Lyon), SARGNON (Lyon), SIMON (Reims), TEXIER (Nantes), TOUBERT (Montpellier), VACHER (Orléans), VAQUIER (Tunis), VERGNAUD (Brest), ARTZROUNY (Tiflis), BRIEGER (Breslau), BRUNETTI (Venise), BRYSON-DELAVAL (New-York), BUYS (Bruxelles), COSTINIU (Bucarest), DELIE (Ypres), DREYFUSS (Strasbourg), DUNDAS-GRANT (Londres), Prof. FERRERI (Rome), Prof. HAUG (Munich), PAUL HEYMANN (Berlin), MAX KHAN (Wurtzbourg), KRONENBERG (Solingen), LAMBERT (Canada), LENNOX BROWN (Londres), MANCIOLI (Rome), Prof. MERMOD (Lausanne), MASINI (Gênes), Prof. OKUNEFF (Saint-Petersbourg), PODWISSOZKI (Kiew), PUGNAT (Genève), PUTELLI (Venise), MAX SCHEUER (Berlin), Prof. MORITZ SCHMIDT (Francfort-s.-Mein), Prof. SCHIFFERS (Liège), Prof. SCHMIEGLOW (Copenhague), Prof. SOTA Y LASTRA (Séville), Prof. SCHRETTTER (Vienne), P. SEXTON (New-York), SOKOLOWSKI (Vatsovie), DE STELLA (Gand), DE STEIN (Moscou), WILSON-PRÉVOST (New-York), ZIEM (Dantzig).

AVEC LE CONCOURS DE :

MM. les Professeurs BOUCHARD, CORNIL, GEORGES, POIRIER, RAYMOND, STRAUSS, TERRIER, TILLAUX, VINCENT, Docteurs LABORDE, Membre de l'Académie de Médecine, BARTH, BAZY, BÉCLÈRE, BRISSAUD, BROCA, CHAPUT, COMBY, GAUCHER, GÉRARD-MARCHANT, HALLOPEAU, HUCHARD, JALAGUIER, LECORCHE, LE GENDRE, LETULLE, MARFAN, MICHAUD, MOIZARD, PICQUÉ, RICARD, RICHARDIÈRE, RENDU, TALAMON, TAPRET, médecins et chirurgiens des hôpitaux, VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.

TOME XIX

91640

1905

PARIS

MALOINE, ÉDITEUR, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, 25-27,
BUREAUX : 99, boulevard Saint-Germain.

Adresser toutes communications : au Dr C. Chauveau, 225, Bard St-Germain
Téléphone : 726-27

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE

RHINOLOGIE



TRAVAUX ORIGINAUX

I — PATHOLOGIE

I

DES ADÉNÉOMATOSES

DANS LES AFFECTIONS DES FOSSES NASALES

ET DE

RHINO-PHARYNX

par GEORGES GILLÉ (de Paris)

Chargé des Travaux Rhinologiques à la Clinique Otorhinolaryngologique de la Faculté

Dans les paragraphes qui vont suivre, nous nous proposons d'exposer les résultats de nos recherches anatomiques et cliniques concernant les adénéomatoses dans les affections des fosses nasales et du pharynx nasal.

Dès le début de nos travaux, nous espérons une ample moisson de documents précis et d'observations détaillées à recueillir, qui allait nous permettre d'asseoir en toute connaissance de cause des conclusions fermes. Nous lûmes, hélas ! bien vite déçu et obligé, tout au contraire, de constater la grande pauvreté de nos matériaux utilisables.

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE

I

**DES ADÉNOPATHIES
DANS LES AFFECTIONS DES FOSSES NASALES
ET DU
RHINO-PHARYNX ¹**

Par **Georges GELLÉ** (de Paris).

Chef des travaux rhinologiques à la clinique ophtalmologique
de la Faculté.

Dans les quelques pages qui vont suivre, nous nous proposons d'exposer les résultats de nos recherches anatomiques et cliniques concernant les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du pharynx nasal.

Dès le début de nos travaux, nous espérions une ample moisson de documents précis et d'observations détaillées à souhait, qui allait nous permettre d'asseoir en toute connaissance de cause des conclusions fermes. Nous fûmes, hélas ! bien vite déçu, et obligé, tout au contraire, de constater la grande pauvreté de nos matériaux utilisables.

¹ Rapport présenté à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, le 8 mai 1905.

Dans nombre d'observations, fort bien prises par ailleurs, la recherche des adénopathies est entièrement négligée ou si on en parle c'est sans aucun des détails qui auraient pu la rendre utilisable. C'est là, certes, une lacune regrettable et qu'il nous fallait signaler tout d'abord.

En effet, sans vouloir grossir à plaisir l'importance du sujet que nous étudions ici, nous comprenons mal pourquoi les régions nasales et naso-pharyngées, échapperaient à la loi de pathologie générale qui tend de plus en plus à donner une plus grande importance à l'infection par voie lymphatique. Presque toutes les lésions de notre organisme retentissent sur le système lymphatique et toute infection a sa répercussion sur les ganglions correspondant au territoire anatomique envahi. C'est un fait aujourd'hui acquis.

Tout récemment, en Allemagne, puis en France, les études anatomiques concernant les lymphatiques des régions qui nous occupent plus spécialement ont été reprises avec des moyens d'investigation plus perfectionnés.

Ces notions nouvelles, pouvant nous permettre, à l'avenir, de diriger plus méthodiquement et plus systématiquement nos investigations cliniques, nous avons cru bon d'en exposer tout d'abord les résultats.

Nous ne saurions trop remercier ici notre confrère, le professeur agrégé Cunéo, de la bonne grâce avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour nous fournir les documents bibliographiques et anatomiques utiles à la rédaction de cette partie de notre rapport. Nous remercions aussi notre jeune confrère le docteur J. M. André, qui a longuement, dans le laboratoire et sous le contrôle de M. Cunéo, tenté d'élucider quelques-uns de ces problèmes anatomiques si délicats et qui nous a permis d'utiliser, si j'ose dire, avant la lettre, les matériaux amassés pour sa thèse inaugurale.

Dans un second chapitre, nous exposerons les résultats cliniques de nos recherches.

I. Partie anatomique

Jusqu'en ces dernières années, anatomistes et cliniciens ont vécu sur les idées de Sappey¹⁷, dont le travail date de 1874.

Depuis, grâce surtout aux travaux de A. Most parus en 1901¹⁸, aux recherches toutes récentes de Cunéo⁸ et J.-Marc André³, qui remontent à quelques mois à peine, la question a été complètement reprise. Nous insisterons surtout sur les points nouveaux mis en lumière par ces travaux, et nous nous attacherons

par-dessus tout à en tirer les conclusions cliniques qui doivent tout particulièrement nous intéresser. Nous indiquerons d'une façon aussi précise et aussi claire que possible, sans être pourtant trop schématique, l'origine des lymphatiques, le trajet du courant de la lymphe et dans quels ganglions les troncs lymphatiques vont se jeter ; entre le point de départ muqueux et le point d'arrivée ganglionnaire, il nous faudra aussi citer au passage les ganglions « relais ».

Nous étudierons donc successivement : le réseau lymphatique, les troncs efférents, les connexions du réseau profond avec celui du revêtement cutané, ce qui nous amènera à dire quelques mots des lymphatiques de la peau du nez. Et enfin, dans un autre chapitre, nous montrerons les groupes ganglionnaires régionaux correspondant à toute cette surface muqueuse, indiquant ainsi les régions à explorer.

Cette étude nous permettra de résoudre un double problème : 1° une lésion nasale ou rhino-pharyngienne étant donnée, dans quelle région anatomique devons-nous rechercher la présence d'adénopathies ? et, 2° une adénopathie étant constatée dans un des groupes régionaux indiqués, quelle région des fosses nasales le clinicien doit-il explorer plus particulièrement pour y rencontrer la cause possible de l'adénopathie ?

Ceci fait, nous étudierons deux questions très intéressantes et connexes : les lymphatiques de la muqueuse des cavités accessoires des fosses nasales, et les relations des espaces périmingés avec les lymphatiques des fosses nasales.

A) RÉSEAU LYMPHATIQUE D'ORIGINE. — Entrevu par Mascagni¹², le réseau lymphatique de la pituitaire n'est bien connu que depuis les travaux de E. Simon²⁰, en 1859, et de Sappey¹⁷, en 1874.

De 1875 à 1901, on vit sur la description de Sappey.

En 1901, paraît l'article de Most¹³ sur les lymphatiques des fosses nasales et de la gorge ; puis, en 1905 les travaux de Cunéo et d'André.

Ces lymphatiques naissent dans les couches du chorion, immédiatement sous-jacentes à l'épithélium, tout contre la membrane basale. Ils forment là un réseau d'abondance variable suivant les régions considérées, mais toujours très riche et surtout bien visible chez les jeunes sujets. L'observation de Teichmann (*Das Saugadersystem*, 1861) que le nombre et le calibre des lymphatiques dépendent de l'épaisseur et de la tension de la muqueuse sur les parties sous-jacentes, est vraie pour la pituitaire. En effet, les mailles du réseau sont d'autant plus serrées et le calibre des vaisseaux qui le composent d'autant plus volumineux que la

muqueuse est plus épaisse, c'est-à-dire qu'au niveau des bords libres des cornets inférieurs et moyens elles sont surtout abondantes. La direction générale des mailles de ce réseau est à grand axe antéro-postérieur (Most). Ces mailles sont loin d'être toujours bien régulières et le calibre des vaisseaux qui les forment n'est pas toujours bien égal. Mais *toujours le système est parfaitement clos*. Jadis on décrivait de larges fentes qui venaient déboucher à la surface de la pituitaire par de petits canalicules qui traversaient la membrane basale ; on déduisait de cette constatation anatomique que c'était par cette voie qu'arrivait à la surface de la muqueuse, le liquide nécessaire pour humidifier à souhait l'air inspiré, et pour permettre les mouvements oscillatoires des cils vibratiles.

Or, il n'en est rien : le système est parfaitement clos (Cunéo et André), et ces prétendues fentes, ne seraient, en somme, obtenues que par des effractions dues à des excès de pression de la masse injectée.

Nous l'avons dit, ce réseau lymphatique est très superficiel et partout il est superposé au réseau vasculaire sanguin.

Un point assez curieux à signaler, c'est qu'il paraît possible de distinguer dans la pituitaire deux territoires lymphatiques, territoires correspondant assez bien, l'un à la zone respiratoire, l'autre à la zone olfactive de la pituitaire. L'indépendance de ces deux territoires est très marquée et il est presque impossible d'injecter les deux réseaux simultanément.

Le réseau de la portion olfactive occupe environ le quart ou le tiers supérieur de la cloison et de la paroi externe des fosses nasales, il est plus dense que l'autre, et les vaisseaux collecteurs qui en partent ne présentent que de très rares anastomoses avec les canaux du territoire respiratoire.

De plus, ce réseau est absolument superposable à celui qu'on obtient, comme nous le verrons dans un instant, en injectant les lymphatiques de la pituitaire par voie méningée.

Il va sans dire que des caractères aussi nettement tranchés ne s'observent que chez les fœtus ou les individus très jeunes, l'âge estompe un peu le tableau.

Les réseaux des deux fosses nasales communiquent largement entre eux, il n'y a pas indépendance, les communications se font à la partie antérieure au niveau du vestibule et de la sous-cloison, il en est de même en arrière au niveau des choanes.

En outre, en avant, le réseau lymphatique pituitaire communique avec le réseau cutané du nez et de la face, et, en arrière, avec le réseau du pharynx et du larynx ; cette solidarité a été bien établie par Most.

Les rapports entre le réseau pituitaire et le réseau cutané se font certes au niveau de l'orifice narinal par des canaux qui contourment les cartilages des ailes du nez. Mais Most a montré qu'il existait en outre des voies plus directes unissant les lymphatiques de la muqueuse à ceux de la peau du nez, voies constituées par des canaux traversant l'auvent nasal, soit entre les fissures qui existent entre les os et le cartilage, soit entre les cartilages.

Ces diverses remarques nous semblent offrir un certain intérêt pour l'explication de certaines constatations faites journellement en clinique.

1° Ainsi, l'indépendance du réseau du territoire olfactif et ses rapports avec les espaces périméningés n'expliquent-ils pas la gravité des cautérisations ignées faites sur le cornet moyen, au-dessus de la fente olfactive, gravité sur laquelle M. Lermoyez a souvent insisté sans pouvoir, croyons-nous, en indiquer les raisons ?

2° De plus, la communication large entre les deux réseaux, droit et gauche, nous explique pourquoi il est si fréquent d'observer la bilatéralité des adénopathies, quoiqu'il y ait toujours un côté plus sérieusement atteint que l'autre ?

3° Enfin, la large communication du réseau muqueux avec le réseau cutané ne montre-t-elle pas pourquoi des infections purement nasales peuvent retentir sur les groupes ganglionnaires correspondant au territoire cutané de la peau du nez ?

Quant au réseau lymphatique d'origine du naso-pharynx, il a été bien décrit par Sappey, et depuis, les auteurs n'ont fait, à notre connaissance, que reproduire cette description.

Nous avons vu qu'il communiquait largement en avant, au niveau du pourtour des choanes, avec le réseau nasal, très riche à ce niveau.

Suivant Most, il existerait une ligne de séparation très nette entre le réseau lymphatique pharyngien et le réseau œsophagien, avec de très rares communications ; ce qui pourrait expliquer pourquoi les affections de la gorge s'arrêtent souvent très nettement à l'entrée de l'œsophage.

Ce réseau se met en rapport avec les nombreux éléments lymphoïdes très denses qui doublent la muqueuse de la partie postéro-supérieure du naso-pharynx, et qui s'étalent en une véritable nappe continue formant en certains points des amas, connus en anatomie sous le nom d'amygdale pharyngée et d'amygdale tubaire. Ces masses lymphatiques complètent latéralement et supérieurement l'anneau lymphatique de Waldeyer.

B) LES TRONCS COLLECTEURS. — On peut les diviser en deux groupes : un groupe principal, comprenant les troncs qui se dirigent en arrière, et un groupe accessoire, comprenant ceux qui se dirigent en avant.

1° *Les troncs antérieurs*, les moins nombreux, et anatomiquement les moins importants, ne semblent récolter que la lymphe du tiers antérieur à peine des fosses nasales ; ils sortent, soit par le vestibule, en contournant les ailes du nez, soit par les défauts de la cuirasse de l'auvent nasal, en s'insinuant entre les incisures des cartilages. Par ces deux voies, ils finissent par atteindre le réseau lymphatique sous-cutané avec lequel ils s'anastomosent longuement pour aller se terminer avec eux dans les ganglions sous-maxillaires.

2° *Les troncs postérieurs* sont de beaucoup plus importants ; ils forment la voie principale d'écoulement de la lymphe. Sappey a bien montré que ces troncles se dirigeaient en arrière vers la partie moyenne du sillon vertical qui sépare la paroi externe des fosses nasales de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. Là, dans ce sillon, dit pharyngo-nasal, ils forment un petit plexus, qu'on injecte en général facilement ; c'est un véritable rendez-vous des lymphatiques des fosses nasales (Most).

De ce point, les lymphatiques continuent leur trajet en arrière, passant au-dessus et au-dessous du cartilage tubaire, quelques-uns même pénétrant dans le canal tubaire pendant quelque temps pour en sortir en perforant son cartilage et rejoindre en arrière les autres vaisseaux collecteurs. En résumé, il se forme là un très riche *réseau péritubaire* où aboutit le courant de la lymphe provenant de la plus grande partie des fosses nasales.

Quelques troncs, ramenant la lymphe de la partie inférieure de la cloison et du plancher, passeraient sur la surface supérieure du voile ; puis, s'anastomosant avec ceux du côté opposé, iraient former le pédicule inférieur des voies efférentes (André).

Les rapports des lymphatiques des fosses nasales et de ce plexus péritubaire permettent peut-être de comprendre la grande facilité de l'infection tubaire et auriculaire, à la suite d'infection nasale.

C) LES VOIES EFFÉRENTES. — a) *Voies efférentes postérieures* : Elles forment trois groupes ou trois pédicules (André).

1° Le *pédicule supérieur* est formé de trois ou quatre canaux volumineux qui, s'insinuant sous la trompe, entre les deux muscles péristaphylins, cheminent sur la paroi pharyngée latérale appliqués sur le constricteur supérieur du pharynx.

A l'union de la face latérale du pharynx, à hauteur des masses

latérales de l'atlas, ils viennent se jeter dans les *ganglions rétro-pharyngiens* (ou mieux ganglions pharyngiens latéraux de Most).

De là, ils peuvent gagner un second relai ganglionnaire constitué par les *ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne*, en passant pour la plupart, en arrière du paquet vasculo-nerveux et du ganglion lymphatique cervical supérieur.

André a vu une seule fois l'injection, dépassant le ganglion pharyngien latéral, atteindre près de la ligne médiane, un *petit ganglion*, qui, lui, était *franchement rétro-pharyngien*.

2° *Le pédicule moyen* comprend ordinairement deux canaux assez volumineux, qui, se portant en bas et en dehors, perforent bientôt la tunique musculaire du pharynx, et vont se jeter un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, dans un ganglion volumineux. Ce ganglion, le plus gros de la chaîne jugulaire interne, est placé immédiatement au-dessous du ventre postérieur du digastrique, au-dessus de l'embouchure du tronc thyro-linguo-facial.

3° *Le pédicule inférieur* chemine sous la muqueuse de la face supérieure du voile du palais, en obliquant vers l'un de ses bords latéraux ; puis, passant sous la muqueuse du pilier postérieur, s'anastomose avec les lymphatiques venus de la région amygdalienne.

Alors ils perforent la paroi latérale du pharynx, et viennent se jeter dans un ou deux *ganglions de la chaîne jugulaire*, situés au niveau et au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

b) *Voies efférentes antérieures*. — Partant principalement du réseau cutané, les collecteurs lymphatiques s'accolent aux vaisseaux sanguins, pour se porter vers les ganglions. En 1899, H. Küttner¹⁰ les décrivait de la façon suivante : il les divise en trois groupes : gr. supérieur, gr. moyen et gr. inférieur.

Le groupe supérieur, partant de la racine du nez, se porte horizontalement en dehors, passe au-dessus de la paupière supérieure, puis gagne les *ganglions parotidiens supérieurs*.

Le groupe moyen, comprenant ordinairement trois canaux nés de la racine et des faces latérales du nez, suit le bord adhérent de la paupière inférieure, puis pénètre dans la parotide, près de son extrémité inférieure, et se termine dans les *ganglions parotidiens inférieurs*.

Le groupe inférieur est le plus important, car il comprend six à dix troncs qui naissent de toute l'étendue du réseau cutané ; ils suivent les vaisseaux faciaux et viennent se terminer dans les *ganglions sous-maxillaires*. Certains peuvent s'interrompre dans le relai des *ganglions faciaux*.

André, qui a repris cette question, la comprend un peu différemment. Pour lui aussi, il y a trois groupes, dont le groupe moyen est le plus important. Il est composé de trois à cinq vaisseaux qui vont se terminer dans les deux ou trois ganglions qui forment le groupe sous-maxillaire. Deux fois il les a vus se jeter dans les *ganglions buccaux* de Princeteau¹⁶, et une fois dans un *ganglion sus-maxillaire*.

Des ganglions sous-maxillaires, une infection particulièrement pénétrante peut gagner les *ganglions jugulaires*, surtout ceux situés au voisinage de la carotide primitive (au-dessus de l'os hyoïde), et dans un gros ganglion très constant situé à un centimètre environ en arrière et au-dessus de la grande corne de l'hyoïde sous le bord inférieur du muscle digastrique.

Les deux autres pédicules, supérieur et inférieur, seraient pour lui des voies efférentes accessoires et inconstantes.

Le pédicule supérieur, le même que Küttner a décrit, va aboutir aux ganglions très superficiels situés au niveau de la portion supérieure de la parotide et dans le ganglion préauriculaire. Il vient de la racine du nez. Jamais André dans ses injections n'a vu les canaux qui suivent la paupière inférieure (groupe moyen de Küttner) se jeter dans les ganglions parotidiens inférieurs.

Le pédicule inférieur est inconstant, il naît du lobule et des ailes du nez ainsi que des pourtours des narines, et se dirige en bas en contournant la commissure des lèvres, pour se terminer sous le menton dans les *petits ganglions sus-hyoïdiens* du même côté ou par anastomose dans ceux des deux côtés.

En résumé : Les lymphatiques des fosses nasales ont deux voies efférentes : l'une *antérieure*, peu importante, accessoire anatomiquement ; mais, comme nous le verrons par la suite, la seule d'observation courante en clinique. Cette voie, qui lui est commune avec les lymphatiques du nez, conduit dans trois groupes de ganglions régionaux : le groupe parotidien, le groupe sous-maxillaire et le groupe sus-hyoïdien. Accessoirement, il mène dans les ganglions géniens, qui ne sont que des « nodules interrupteurs (Cunéo). De là le courant peut gagner les ganglions cervicaux profonds.

L'autre *postérieure*, est la voie principale anatomiquement. Les collecteurs postérieurs se divisent eux aussi en trois pédicules : le *supérieur* à direction presque horizontale sous la base du crâne va se terminer dans le *ganglion pharyngien rétro-latéral* et accessoirement dans le *ganglion supérieur de la chaîne jugulaire interne* (ganglion cervical profond supérieur). Accessoirement encore, il peut se jeter dans des nodules interrupteurs situés au-dessous de la trompe d'Eustache.

Le *moyen*, oblique en bas et en arrière, se termine dans le gros *ganglion sous-digastrique de la chaîne cervicale profonde* ou jugulaire et accessoirement dans un ganglion voisin situé au-dessus et en arrière de lui et appartenant aussi à la chaîne jugulaire.

L'*inférieur*, enfin, presque vertical en bas et en arrière, va se terminer dans un, deux ou trois *ganglions de la chaîne jugulaire interne*, échelonnés au-dessous de la bifurcation de la carotide interne.

Quant au riche réseau formé par les vaisseaux lymphatiques de l'arrière-cavité des fosses nasales, il se résume en deux ou trois troncs qui se dirigent en haut et en arrière, gagnant les *ganglions rétro-pharyngiens*. Ces ganglions, placés à l'angle qui forme la paroi postérieure du pharynx en s'unissant à la face latérale, près de la base du crâne, sont séparés par une aponévrose du ganglion cervical supérieur du pneumo-gastrique (Gilette).

D) LES GANGLIONS RÉGIONAUX. — Jetons maintenant un regard d'ensemble sur les groupes ganglionnaires qui peuvent réagir dans une infection partie des fosses nasales ou du cavum.

Cette revision nous permettra de mieux voir quelles sont les régions que le clinicien devra explorer et comment il devra pratiquer cette exploration.

1° Les *ganglions parotidiens*. Ces ganglions sont groupés en plusieurs amas :

α. Les uns sont *superficiels*, tout en étant sous-aponévrotiques ; ils sont petits et peu nombreux, deux ou trois au maximum, et assez souvent ils se réduisent à un ganglion unique, le ganglion préauriculaire, situé en avant du tragus.

β. Les ganglions *profonds*, qui sont beaucoup plus nombreux et plus importants ; ils sont situés dans la masse glandulaire elle-même, et groupés autour de la veine jugulaire externe et de la carotide externe.

γ. Un troisième groupe, le groupe des ganglions *sous-parotidiens* ou latéro-pharyngiens est situé entre la glande et la paroi du pharynx. Ces ganglions sont gros et nombreux, huit à dix le long du pharynx céphalique. Ils communiquent largement avec les ganglions cervicaux profonds. Ce sont eux qui sont le point de départ des phlegmons latéro-pharyngiens.

On sait combien difficile est l'exploration des ganglions parotidiens, ce qui tient, d'une part, à leur profondeur et, d'autre part, à ce qu'ils ne reposent pas sur un plan résistant à la main qui palpe la région, exception faite pour le ganglion préauriculaire.

Dans tous les cas, c'est derrière la branche montante du maxillaire que l'on devra faire porter l'exploration, et on la fera surtout d'une manière fructueuse en palpant toute cette région entre deux doigts, l'un étant introduit dans la bouche et soutenant la paroi pharyngée, et l'autre étant appliqué derrière la branche montante du maxillaire.

2° Les *ganglions sous-maxillaires* forment un chapelet superficiel, étendu tout le long du bord inférieur de l'os maxillaire inférieur. On en compte, en général, cinq ou six dont le plus gros, décrit par Stahr sous le nom de ganglion moyen, répond au point où les vaisseaux faciaux cachent le bord inférieur du maxillaire inférieur.

Au niveau de l'angle de la mâchoire, ces ganglions sous-maxillaires communiquent, d'une part, avec la chaîne cervicale profonde, et, d'autre part, avec les ganglions parotidiens.

Il existe là un rendez-vous lymphatique dans lequel on trouve deux ou trois ganglions qui constituent le groupe des *ganglions angulo-maxillaires*.

Tout ce groupe est bien plus facilement accessible et on l'explore aisément par le palper simple ou mieux encore par le palper entre deux doigts, l'un introduit dans la bouche et appuyant sur le plancher buccal, l'autre explorant la région sous-maxillaire. C'est dans ce groupe que se rendent les lymphatiques des téguments du nez (groupe moyen ou principal).

3° Les *ganglions rétro-pharyngiens* de Gillette ou mieux pharyngiens latéraux de Most, puisqu'ils sont placés à la jonction de la face postérieure et des faces latérales du pharynx, en dedans des lames sagittales du pharynx de Charpy, lames de consistance plus ou moins variable, au nombre de deux de chaque côté, sont bien développés chez le tout jeune enfant, mais s'atrophient chez l'adulte. Ces ganglions sont, en somme, franchement latéraux et se superposent dans le sens vertical lorsqu'il y en a deux. Ils sont en rapport, en avant, avec la jonction des parois postérieure et latérale du pharynx ; en arrière, avec le muscle grand droit antérieur qui les sépare des masses latérales de l'atlas ; en dehors, avec la carotide interne au moment où elle va pénétrer dans le trou carotidien, mais ils en sont séparés par les lames sagittales de Charpy.

Ils ne sont donc accessibles que par le toucher rétro-pharyngien ou la rhinoscopie postérieure, ce sont eux qui sont le point de départ du phlegmon rétro-pharyngien.

4° Les *ganglions de la chaîne jugulaire interne* (ou ganglions de la chaîne cervicale profonde) sont assez facilement explo-

rables par le palper de la région carotidienne. Très fréquemment, le plus élevé de ces ganglions est appliqué sous la mastoïde (André), à peine distant de quelques millimètres de cette dernière, entre les insertions du digastrique et du sterno-cléido-mastoïdien.

On s'expliquerait qu'en cas d'adénite de ce ganglion le malade eût une douleur qu'il pourrait, par erreur, si l'on n'y prenait garde, rapporter à la mastoïde, ou bien éprouver une gêne dans les mouvements de la tête et une sorte de torticollis par immobilisation de défense que l'on pourrait prendre pour un torticollis « ab aure loesa ».

Le plus gros de cette chaîne, placé immédiatement au-dessous du ventre postérieur du digastrique, au-dessus de l'embouchure du tronc thyro-linguo-facial, reçoit le pédicule moyen des lymphatiques des fosses nasales et chez deux sujets dont les lymphatiques étaient particulièrement perméables, André a vu l'injection aboutir à ce ganglion par les deux voies antérieure et postérieure à la suite de piqûres pratiquées au niveau de la portion antérieure du cornet inférieur.

Nous savons qu'un ou deux ganglions situés au niveau et au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive sous le sterno-cléido-mastoïdien, reçoivent le pédicule inférieur ou troisième groupe des lymphatiques des fosses nasales.

5° Il nous reste, pour terminer cette longue énumération, à parler des *ganglions géniens* décrits par Princeteau¹⁶ et Buchbinder⁶. Ils forment plusieurs groupes : les *ganglions buccaux*, au nombre de un ou deux, placés sur la face externe du buccinateur au-devant de la veine faciale ; les *ganglions sus-maxillaires*, de un à trois ganglions placés sur la face externe de l'os maxillaire inférieur, le plus souvent en rapport avec la veine faciale.

Signalons encore, pour être complet, quelques ganglions rencontrés exceptionnellement : le *ganglion naso-génien* et le *ganglion commissural* ; quant aux ganglions sous-orbitaires et malaires, ils n'ont été observés que cliniquement (Vigier²³ et Albertin⁴).

E) LES LYMPHATIQUES DES SINUS. — Cette question des lymphatiques de la muqueuse des cavités accessoires des fosses nasales est encore loin d'être complètement résolue. La faute en est à la technique actuelle des injections lymphatiques, qui exige d'opérer sur des sujets très jeunes ; or, nous savons qu'à la naissance les sinus ne sont pas, ou à peine développés.

On est donc réduit à des hypothèses plus ou moins vraisemblables.

A propos du sinus maxillaire, Sieur et Jacob, par exemple, dans leur ouvrage si documenté par ailleurs, écrivent : « Il est *rationnel* d'admettre que quelques-uns d'entre eux (les lymphatiques) sont en relation avec les lymphatiques de l'orbite et par suite avec les espaces lymphatiques intra-craniens. »

Pour le sinus frontal, les mêmes auteurs déclarent que « les lymphatiques du sinus frontal sont *vraisemblablement* comme les lymphatiques de la pituitaire, en relation avec les espaces sous-arachnoïdiens du cerveau, par l'intermédiaire des canaux qui traversent leurs parois osseuses, et c'est *évidemment* par ces communications que peuvent s'expliquer les cas de méningite suppurée ou d'encéphalite survenant à la suite des sinusites frontales, sans qu'il y ait perforation des parois osseuses. »

Quant aux « lymphatiques de la muqueuse des cellules ethmoïdales, ils sont inconnus; il *est cependant logique d'admettre* qu'ils existent et qu'ils se réunissent aux lymphatiques de la pituitaire, puisque la muqueuse ethmoïdale est un prolongement de cette dernière ».

« Les lymphatiques émanés de la muqueuse qui tapisse la cavité des sinus sphénoïdaux se rendent aux ganglions profonds du cou disséminés au voisinage du pharynx », et plus bas, en note : « *Il est évident* que le réseau lymphatique de la muqueuse du sinus est également en rapport avec les lymphatiques endocraniens, et que cette voie lymphatique doit nous donner l'explication de l'infection méningée au cours d'une sinusite sphénoïdale, alors que les parois du sinus sont indemnes et qu'il n'y a pas de phlébite du sinus caverneux. »

On le voit, rien de positif; or, surtout dans un pareil sujet, il faut se garder des hypothèses qui peuvent donner une apparence de satisfaction à notre esprit, sans pour cela nous rapprocher de la vérité.

Aussi les anatomistes se sont-ils efforcés de résoudre cette question malgré les difficultés.

Most n'a pu réussir à injecter le réseau, mais en pratiquant son injection près de l'ostium, il a pu injecter des lymphatiques allant en arrière aux ganglions pharyngiens et carotidiens. Jamais il n'a vu ainsi les troncs injectés se diriger en avant vers le vestibule. C'est là, certes, une constatation de valeur pour le clinicien en lui indiquant qu'il faut, dans le cas d'infection sinusienne ou de tumeurs de ces cavités, surtout et tout d'abord interroger les ganglions pharyngiens et cervicaux-profonds au lieu des ganglions sous-maxillaires seuls, comme nous voyons cela se pratiquer le plus couramment.

André, au cours de ses recherches (*Thèse doct.*, p. 45), a été plus heureux et il a réussi à injecter les vaisseaux lymphatiques de la muqueuse du sinus maxillaire sur deux cadavres d'enfants, dont l'un était âgé de 5 ans, et l'autre de 8 ans.

« Au niveau de l'antra d'Highmore, le réseau des lymphatiques était composé d'un système de canaux à mailles assez grandes et irrégulières, convergeant comme les rayons d'une roue, vers l'ostium maxillaire qui, comme on le sait, occupe à cet âge la partie la plus élevée, mais non la plus antérieure de la paroi interne du sinus. Parvenus en ce point, les lymphatiques contournaient le bord de l'orifice et venaient alors se confondre avec ceux du méat moyen. » Les collecteurs se dirigeaient ensuite d'avant en arrière pour gagner le carrefour lymphatique péritubaire.

« Les lymphatiques ne se contentaient pas de sortir par l'ostium maxillaire. Nous en avons vu également de très nombreux traverser cette région très mince de la paroi interne du sinus, qu'on appelle le triangle postéro-supérieur, ou fontanelle nasale postérieure. Comme les lymphatiques qui sortaient par l'orifice du sinus, ils allaient se jeter dans les collecteurs du méat moyen. De là ils gagnent les ganglions pharyngiens et carotidiens. »

Un fait important fut aussi constaté, qui peut venir appuyer les hypothèses faites au sujet des perforations possibles des plans osseux par les troncs efférents : si l'on poussait plus vigoureusement l'injection de la muqueuse, on voyait se dessiner non seulement le réseau de la muqueuse, mais aussi, par petits îlots, les lymphatiques du périoste sous-jacent et quelques vaisseaux s'enfoncer à travers le périoste pour s'ouvrir à la face opposée.

Sur ces mêmes sujets, l'injection avait gagné les cellules ethmoïdales formant à leur niveau un réseau d'une extrême ténuité. André suppose qu'étant donnée la réplétion des lymphatiques du sinus maxillaire, du méat moyen et de la face inférieure du cornet moyen, les lymphatiques ethmoïdaux avaient dû s'injecter par de très petits canalicules perforant les cloisons papyracées des cellules ethmoïdales.

F) COMMUNICATIONS DES ESPACES SOUS-ARACHNOÏDIENS DU CERVEAU AVEC LES LYMPHATIQUES DE LA PITUITAIRE. — Pour terminer cet exposé anatomique, que beaucoup trouveront peut-être trop long, mais que nous avons jugé indispensable à produire devant vous, étant données surtout les notions nouvelles et récentes acquises sur ce sujet, il nous reste à dire un mot des communications des espaces sous-arachnoïdiens du cerveau avec les lymphatiques de la pituitaire.

Grâce aux travaux de Schwalbe et d'Axel Key et G. Retzius (*Studien in der An. des Nervensystems u. des Bindegewebes*, Stockholm, 1875 et 1876, vol. I, p. 217 à 220, pl. 37), on admettait l'existence dans la pituitaire d'un système de canaux lymphatiques se continuant à travers la lame criblée avec la cavité arachnoïdienne ou les espaces sous-arachnoïdiens et débouchant d'autre part librement à la surface de la pituitaire par de fins canicules traversant l'épithélium. Par eux, en somme, la grande cavité lymphatique périencéphalique, la cavité sous-arachnoïdienne était en communication directe et constante avec l'air extérieur.

Le réseau des canalicules qui traversait la lame criblée était indépendant, d'une part, des gaines périolfactives, d'autre part, du réseau capillaire sanguin.

Nous devons signaler que ces auteurs déclaraient eux-mêmes que leurs expériences n'avaient eu lieu que sur des animaux de laboratoire (chiens et lapins) et que jamais chez l'homme ils n'avaient obtenu pareil résultat dans leurs injections.

Depuis 1875-76, presque tous les anatomistes se contentent d'enregistrer ces déclarations sans les vérifier ni les contrôler.

Tout récemment, Cunéo et André (*Soc. anat.*, 20 janv. 1905) ont repris cette étude qui présente un si grand intérêt au point de vue des infections cérébrales d'origine nasale.

Après avoir expérimenté la masse gélatineuse au bleu de Richardson qui avait servi à Key et Retzius, ils ont définitivement employé la masse de Gérota, beaucoup plus pénétrante, et en se servant d'un dispositif fort simple, leur permettant d'avoir une pression continue et une injection lente.

Chez le lapin, récemment sacrifié, l'injection méningée des lymphatiques est aisée si l'on a soin de la pratiquer au voisinage du nerf olfactif. Le réseau que l'on révèle ainsi couvre la presque totalité de la cloison et la partie supérieure de la paroi externe.

Chez le chien, la zone est beaucoup moins étendue et d'une injection plus laborieuse.

Cunéo et André confirment tout d'abord le fait signalé par Axel Key et Retzius, à savoir que le réseau s'injecte directement et non par l'intermédiaire des gaines du nerf olfactif. Ils ont, en effet, pu injecter les gaines sans injecter le réseau, et inversement, en injectant le réseau directement ils n'ont pas injecté les gaines.

On peut donc admettre qu'il y a une indépendance très marquée entre le système des gaines périneurales et le réseau lymphatique pituitaire.

Enfin, constatation importante, après les affirmations contraires de Key et Retzius, dans aucun cas, ils n'ont vu l'injection apparaître à la surface de la pituitaire, sauf lorsqu'il y avait exagération manifeste de la pression.

Plus heureux que les anatomistes antérieurs, André réussit à injecter ce réseau chez l'homme, sur quatre sujets dont l'âge variait de un à cinq mois.

Ce réseau lymphatique est plus superficiel que le réseau capillaire sanguin, dont les mailles sont plus lâches, plus allongées et dont les canaux sont régulièrement calibrés, tandis que les canaux lymphatiques sont irrégulièrement calibrés, présentant çà et là des portions dilatées en ampoule. Sur ces canaux viennent se greffer irrégulièrement de petits appendices en forme de penis. Enfin, au point où les canaux s'anastomosent, existent de petits carrefours ressemblant à des nodosités.

Ce réseau lymphatique est également superposé aux gaines du nerf olfactif.

En somme, le réseau lymphatique est plus superficiel que le réseau vasculaire et que le réseau nerveux.

Il est un autre point digne d'intérêt : chez l'homme, ce réseau appartient exclusivement, ou presque, à la région olfactive de la pituitaire.

Ces communications naso-méningées doivent donc être regardées comme les homologues des communications qui existent entre les espaces péri-cérébraux et les espaces lymphatiques péri-oculaires et labyrinthiques.

Cette conception permettrait de comprendre tout d'abord la grande indépendance du réseau injecté par la voie méningée et du réseau lymphatique de la portion respiratoire des fosses nasales. Puis elle expliquerait l'extension beaucoup plus grande de la région injectable par voie méningée chez les animaux qui possèdent un champ olfactif beaucoup plus étendu que celui de l'homme et enfin la régression de ce réseau avec l'âge, régression qui semble marcher de pair avec celle du champ olfactif lui-même.

Peut-être aussi est-ce de cette façon que l'on peut expliquer en partie les graves accidents que plusieurs rhinologistes, avec Lermoyez, ont signalé après des cautérisations au galvano-cautère portant sur le cornet moyen et au-dessus de la fente olfactive ; ainsi que les attaques de méningisme de tout jeunes enfants au cours des infections nasales et enfin la transmission plus facile chez ceux-ci du bacille de Koch aux méninges, ce qui expliquerait la fréquence si grande de la méningite tuberculeuse

chez les nourrissons dont les parents ou les familiers sont atteints de tuberculose pulmonaire ouverte.

II. Partie clinique.

Une des premières difficultés à vaincre dans l'étude clinique des adénopathies d'origine nasale ou rhino-pharyngée réside dans le fait que les groupes ganglionnaires régionaux tributaires des divers segments des voies aériennes supérieures répondent à un territoire beaucoup plus étendu que celui des fosses nasales et du cavum. Par conséquent, ce territoire lymphatique comprend des organes très divers et susceptibles d'être isolément infectés (cuir chevelu, conjonctive, lèvres, dents, langue, gorge etc.) et par suite susceptibles aussi d'intéresser les ganglions.

Il faut donc, en présence d'une adénopathie, bien explorer, se rappelant les notions anatomiques acquises, tout le bassin lymphatique dont ce ganglion est tributaire, avant de pouvoir localiser la lésion causale et de pouvoir conclure à une relation de cause à effet entre une lésion nasale et une adénopathie sous-maxillaire, par exemple. C'est un premier point à bien établir et qui ne nécessite en somme qu'un examen complet et attentif du malade.

Le problème peut devenir encore plus délicat, parfois même insoluble, si au cours de l'examen on constate deux lésions situées en des points distants d'une même région. Le plus souvent alors, on ne pourra conclure.

Il convient aussi de fouiller quelque peu le passé pathologique du patient, car l'on sait combien longtemps après une lésion même légère et depuis des mois disparue, peut subsister l'engorgement ganglionnaire que l'on pourrait alors à tort rapporter à l'affection actuelle.

Si nous supposons l'adénopathie bien constatée et justement rapportée à une affection nasale, il convient encore d'en bien préciser les caractères cliniques, qui peuvent varier suivant la nature de l'agent infectieux. L'adénite aiguë de l'infection streptococcique a des caractères différents de l'adénopathie syphilitique, tuberculeuse ou néoplasique; ce sont là notions de chirurgie générale courante.

L'intensité de la réaction ganglionnaire est loin d'être en rapport avec l'intensité de l'infection nasale. Une infection très intense peut ne pas retentir sur les ganglions ou à peine tandis qu'une infection légère, qui peut passer même inaperçue tant les symptômes en seront atténués, peut retentir énormément sur les ganglions comme dans la fièvre ganglionnaire dont nous parlerons dans un instant.

Il semblerait qu'il y a parfois une sorte de balancement entre l'intensité de la réaction locale et l'importance du retentissement ganglionnaire.

L'âge du patient intervient aussi pour modifier la réaction ganglionnaire et il est de notion courante que les ganglions d'un jeune enfant réagiront plus vite et d'une façon plus intense que ceux d'un vieillard.

Recherchons, maintenant, comment les ganglions régionaux vont se comporter vis-à-vis des différentes affections qui peuvent atteindre les fosses nasales et le naso pharynx.

I. DES ADÉNITES DANS LES INFECTIONS NASALES AIGUES.

Pour produire une adénite aiguë cervicale ou sous-maxillaire, par exemple, il suffit de l'apport par voie lymphatique de germes infectieux qui, pénétrant à travers une éraillure de la muqueuse pituitaire ou pharyngée, cheminent jusqu'aux ganglions les plus proches et y cultivent.

L'agent infectieux cause de tout mal, est en général le streptococcus pyogenes qui agit seul ou associé au staphylococcus aureus ou à d'autres espèces de microorganismes du pus.

La solution de continuité de la muqueuse peut être apparente et produite par un traumatisme accidentel ou chirurgical, ou consister en une simple éraillure au cours d'une dermatose vestibulaire par exemple. Elle peut aussi bien souvent n'être pas visible, palpable, c'est le cas le plus ordinaire au cours des rhinites infectieuses.

1° *Dans les dermatoses vestibulaires.* — En général, dans le groupe des dermatoses vestibulaires (eczéma, furoncle, etc.), la constatation d'une adénopathie n'est pas d'un grand intérêt.

Pourtant dans un cas de furoncle anthracôïde de la face interne de l'aile gauche du nez chez un homme d'une quarantaine d'années, nous avons vu cette adénopathie prendre une réelle importance.

Ce furoncle s'accompagna, en effet, d'un état général très sérieux, d'une fièvre vive avec céphalée intense. En outre on pouvait constater une trainée de lymphangite le long du sillon naso-génien, trainée qui, partant du bord narinal, remontait vers l'angle interne de l'œil, paraissant suivre le pédicule moyen de Küttner, mais s'arrêtant au bord adhérent de la paupière inférieure.

La palpation permettait de constater au niveau de la partie moyenne de la région sous-maxillaire, une adénite aiguë volumineuse avec douleur vive à la pression et mouvement de défense du sujet.

Enfin, au niveau de la joue, du même côté, en avant du bord antérieur du masséter, on pouvait constater l'existence d'un point très douloureux au niveau d'une petite tumeur dure, mobile, donnant la sensation d'un petit pois ; il s'agissait sans doute d'une adénite génienne qui, bien certainement, eût passé inaperçue si mon attention n'avait pas été particulièrement attirée sur ce point par mes recherches, en vue de la rédaction de ce rapport.

Dans l'impétigo du bord narinal, on observe aussi des poussées d'adénoïdite aiguë inflammatoire des ganglions sous-maxillaires sans périadénite le plus souvent, et qui n'offrent aucun caractère de gravité.

Ces adénites siègent naturellement du côté de la lésion nasale, mais il n'est pas rare de percevoir aussi un léger retentissement sur les ganglions sous-maxillaires du côté opposé.

Ce qui fait l'intérêt de ces poussées ganglionnaires, c'est que bien que ne présentant pas de pronostic sérieux par elles-mêmes elles peuvent être le point de départ, chez des enfants prédisposés, d'adénites sous-maxillaire ou cervicale chroniques. Celles-ci, à leur tour, peuvent être l'origine d'une tuberculose ganglionnaire, surtout si l'enfant est soumis fréquemment à la contagion bacillaire.

Nous devons ajouter que dans la plupart de ces eczémas, de ces impétigos du jeune âge, on constate en même temps une rhinite purulente torpide plus ou moins intense ; la kératite interstitielle est aussi très fréquente. On a trouvé le staphylocoque doré dans le pus de ces rhinites que l'on désigne parfois sous le nom de rhinites impétigineuses.

2° *Après les interventions chirurgicales.* — L'adénopathie survenant après l'acte opératoire mérite de nous arrêter un instant.

Nous sommes, en effet, assez habitués à intervenir sur les fosses nasales et le cavum impunément. On peut même dire qu'avec les précautions antiseptiques courantes dans la grande majorité des cas, nous ne voyons survenir aucun accident et pourtant nous intervenons dans un milieu d'une désinfection préopératoire impossible à assurer complètement et, après notre intervention, le foyer ne peut être qu'imparfaitement soustrait à la possibilité de la contagion.

Il arrive pourtant que parfois on voit éclater des accidents d'une certaine gravité. Dans ces cas, il y a peut-être lieu d'incriminer la virulence spéciale de l'agent infectieux ou l'état du terrain en l'absence de fautes opératoires.

C'est ainsi que l'on a pu voir survenir à la suite d'un curet-

tage du cavum pour végétations adénoïdes, curettage fait aussi aseptiquement que possible et par des maîtres, des accidents infectieux sérieux avec poussée d'adénopathie sous-maxillaire et cervicale intense avec suppuration menaçante.

D'autres fois, c'est à la suite d'une intervention des plus légères et des plus banales sur les cornets qu'éclatent les accidents.

Le cas suivant que nous devons à l'obligeance de notre collègue Furet est certainement de cet ordre.

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui est cautérisé au galvano-cautère, au niveau du cornet inférieur droit, dans l'après-midi du 19 octobre 1895.

Au cours de l'opération, la cloison est légèrement touchée.

Dans la nuit de même jour, malaise, petits frissons, insomnie.

Le lendemain au réveil, douleur manifeste dans la région sous-maxillaire où l'on constate la présence d'un ganglion assez volumineux, dur et douloureux, situé exactement à la hauteur du bord antérieur du masséter.

- L'incident n'eut pas de suites sérieuses.

De tels cas doivent se rencontrer encore assez souvent et chacun de nous a pu en voir quelques uns bien certainement sans qu'il soit possible d'en reconnaître la véritable cause. La seule conclusion à en tirer, c'est qu'il nous faut toujours agir le plus aseptiquement possible et ne pas intervenir dans un cavum ou dans des fosses nasales trop à la hâte et sans un léger traitement antiseptique antérieur et plus ou moins prolongé. Car notre traumatisme peut créer une porte d'entrée pour un agent infectieux virulent, hôte momentané de la région opératoire.

3° *Dans les rhinites et rhino-pharyngites infectieuses aiguës.*

— Si maintenant nous envisageons les infections nasales et rhino-pharyngées aiguës, nous voyons qu'il y a de suite une distinction à faire. Dans les rhinites aiguës non compliquées, l'engorgement ganglionnaire est exceptionnel, pour ne pas dire toujours absent et la constatation d'une adénopathie dans ces cas doit toujours nous paraître suspecte, comme nous le verrons plus loin. Dans les poussées d'adénoïdite aiguë au contraire, les ganglions réagissent assez souvent et il est très fréquent de voir chez des enfants porteurs de végétations adénoïdes ou qui ont subi plusieurs poussées d'adénoïdite aiguë, les ganglions cervicaux plus ou moins atteints d'adénite chronique.

Parfois même, les choses prennent une allure beaucoup plus grave, comme dans l'observation suivante due à l'obligeance de notre collègue Georges Laurens.

OBSERVATION I. — *Adénoïdite avec otite, adénite cervicale et symptômes de septicémie.*

M^{lle} de S... R..., 6 ans, a eu une otite aiguë suppurée droite d'origine grippale, en février 1904.

L'otite évolue normalement, suffisamment perforée, sans réaction mastoïdienne, mais l'enfant présente une fièvre élevée variant entre 39° et 40°, sans la moindre céphalée.

En outre, elle accuse une violente douleur sterno-mastoïdienne droite, et on constate un gros *ganglion de la région carotidienne supérieure*, immobilisant le muscle et provoquant du torticolis.

La région para-auriculaire est absolument indolore, mais l'enfant a une rhinite aiguë et présente du muco-pus en abondance descendant du cavum.

Il y a adénoïdite suppurée.

Au bout de huit jours seulement, l'adénopathie cervicale, extrêmement douloureuse au début et s'accompagnant même de périadénite, avait disparu.

Dans l'intervalle, le Dr Hartmann, appelé, avait émis l'hypothèse d'une phlébite otogène de la jugulaire.

L'état infectieux de l'enfant, le siège de la douleur et de l'empatement avec fièvre élevée et coexistence d'une suppuration otique avait fait porter ce diagnostic.

La régression de l'adénoïdite entraîna celle du ganglion.

Comme nous le disions plus haut, la présence d'une adénopathie au cours d'une rhinite doit attirer l'attention sur la nature de cette rhinite. Nous allons passer en revue quelques-unes de ces rhinopathies spéciales.

a) *Rhinite érysipélateuse.* — Paul Tissier¹⁷ déclare attacher une grande importance à l'adénopathie dans le diagnostic de l'érysipèle des fosses nasales.

Pour lui, il existe une rhinite érysipélateuse primitive. Il pense qu'il est fréquent de voir cette rhinite rester isolée et constituer la seule manifestation de l'infection streptococcique.

La symptomatologie, très brièvement résumée, consisterait dans un début fébrile avec frissons, céphalalgie frontale, quelquefois douleur de la nuque, caractère gravatif et continu des douleurs, épistaxis fréquentes, puis bientôt ardeur, sécheresse du nez, enchifrènement qui devient absolu, muco-pus souvent sanglant, relativement peu abondant, se concrétant sur la muqueuse des cornets en croûtes, de coloration plus ou moins foncée et assez adhérentes. Il y aurait un état de congestion extrême de la muqueuse nasale, qui présente une tuméfaction diffuse, une coloration lie de vin et même, par places, des ecchymoses.

Il y aurait encore immobilisation relative de la tête, souvent légèrement inclinée d'un côté, avec douleur spontanée et à la

pression de la partie latéro-supérieure du cou, symptômes dus aux adénopathies symptomatiques de la rhinite érysipélateuse.

P. Tissier accorde à cette adénopathie une grosse importance diagnostique.

André, dans sa thèse, rapporte son observation personnelle. Il fut atteint deux fois d'érysipèle de la face. La première fois, il y a huit ans, le début se fit au niveau du sillon naso-génien. La deuxième fois, il y a trois ans, le début fut narinal. Les deux fois il eut une adénite génienne, située sur la face externe du buccinateur, au-devant du masséter. La seconde fois, l'apparition de l'adénite génienne permit de diagnostiquer l'érysipèle avant qu'il ne fût apparu.

Les ganglions préauriculaires, rétro-auriculaires, sous-occipitaux et sous-maxillaires furent pris. Aucun n'abcéda.

b) *Diphthérie nasale*. — Il est, en général, assez facile de poser le diagnostic de diphthérie nasale par propagation, grâce à l'exacerbation des phénomènes généraux s'accompagnant d'enchifrèment et d'écoulement nasal, surtout s'il y a eu auparavant épistaxis.

Mais le problème est tout autre dans un cas de diphthérie nasale isolée, il est parfois fort difficile, et l'on peut perdre un temps précieux, en posant le diagnostic de coryza vulgaire ou de coryza prodromique d'une grippe ou d'une rougeole alors qu'il s'agit d'un début de diphthérie nasale.

Or, Bretonneau^{18 et 19} qui soutint contre Trousseau l'existence d'une diphthérie nasale primitive, dans sa lettre à Blache et à Guersant donne deux excellents signes diagnostiques : « Que les doigts, écrit-il, se portent sous l'oreille, dans la région rétro-maxillaire ; s'ils sentent rouler sous la peau, d'un côté, un ou deux petits ganglions, si, d'autre part, du même côté, on remarque une rougeur inaccoutumée de la lèvre supérieure, il y a de fortes présomptions en faveur de la diphthérie. »

Pour Raymond Glatard²⁰, dans la diphthérie nasale, l'adénopathie manque rarement. Son importance est en raison directe de la gravité de l'infection, mais même dans la plus bénigne, on peut constater l'engorgement des ganglions cervicaux ou sous-maxillaires du même côté que la rhinite.

Bretonneau indique donc un excellent moyen de diagnostic car, dans le coryza banal, il n'y a pas de ganglions et la rougeur, lorsqu'elle existe, est bilatérale.

On voit sans peine l'importance clinique et thérapeutique de cette constatation qui mène immédiatement le médecin à pratiquer ou à faire pratiquer un examen rhinologique. Si le coryza

est reconnu suspect, on fait un ensemencement sur sérum, comme lors d'une angine suspecte (Glatard). En attendant le résultat de cet examen, le médecin peut toujours instituer le traitement spécifique, c'est-à-dire injecter.

On sait ici l'importance de la recherche de l'adénopathie.

c) *Rhinite purulente dans la scarlatine.* — La rhinite purulente est relativement assez fréquente au cours de la scarlatine.

M. Chausserie-Laprée²¹, dans sa thèse faite dans le service de M. Roger, à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers, insiste avec raison sur la gravité de cette rhinite. Sur 40 malades atteints, 19 sont morts. C'est donc un symptôme redoutable. Le coryza purulent peut se montrer dès le début de la maladie, ou au contraire être tardif. Ce coryza du début se caractérise par un jetage verdâtre, fétide, extrêmement abondant, par une dyspnée violente et des symptômes généraux d'infection. Il est surtout remarquable par son apparition subite et la rapidité avec laquelle il peut tuer.

Quant au coryza tardif, il survient vers le dixième jour de la maladie et il n'a pas la même gravité.

En général, dans ces coryzas et surtout dans le coryza purulent précoce, les ganglions de la mâchoire sont gros et douloureux.

Cette réaction ganglionnaire intense s'explique par l'intensité de l'infection et par l'examen bactériologique du pus de la rhinite. On sait que le streptocoque est le microbe presque toujours trouvé dans les complications de la scarlatine; or, l'examen bactériologique du pus de la rhinite, les ensemencements et les inoculations aux animaux (Chausserie-Laprée) ont montré que le streptocoque est la cause la plus fréquente de la rhinite comme des otites consécutives ou des adéno-phlegmons et qu'il peut être souvent associé au staphylocoque.

L'adénopathie ainsi provoquée peut suppurer. Dans ces cas on constate la fluctuation d'une façon plus ou moins nette et, pour bien la percevoir, il est nécessaire de fixer la tumeur contre un plan résistant, le maxillaire inférieur, et de rechercher la présence du pus par des pressions profondes alternatives avec deux doigts.

Mais dans ces adéno-phlegmons sous-maxillaires ou de l'angle de la mâchoire, il ne faut pas trop attendre la fluctuation pour intervenir si l'on veut éviter la production de fusées purulentes. La douleur aiguë réveillée par le doigt, l'empâtement, l'œdème sous-cutané, une rougeur diffuse suffisent, enseigne Lejars, pour prouver qu'il y a du pus.

d) *Des abcès rétro-pharyngiens.* — Au cours des infections

nasales ou rhino-pharyngées même légères, il n'y a pas que les ganglions sous-maxillaires et de la chaîne jugulaire qui peuvent s'infecter et suppurer. Les ganglions situés sur le trajet du courant lymphatique postérieur, *ganglions rétro-pharyngiens et latéro-pharyngiens*, peuvent aussi s'enflammer et suppurer.

Point n'est besoin d'une infection violente, un simple coryza grippal ou morbilleux, le coryza syphilitique du nouveau-né suffisent à les infecter. On a vu l'abcès rétro-pharyngien succéder à une simple poussée d'adénoïdite aiguë.

Avant l'abcès, il y a toujours une période d'adénite inflammatoire simple, se traduisant cliniquement par de la douleur à la déglutition, c'est la période dite angineuse.

L'adénite peut entrer en résolution et disparaître. Ce serait même là un cas relativement fréquent au dire de Bokai²⁸ et Pearson²⁹ et le nombre de ces adénites aiguës qui peuvent passer inaperçues seraient relativement très élevé.

Mais l'adénite peut suppurer et infecter à son tour le tissu cellulaire qui entoure le ganglion ; c'est alors que l'abcès se forme. Anatomiquement la collection au début serait toujours latérale. Mais bientôt elle augmente de volume, elle s'étend et répond à toute la paroi pharyngée postérieure. On a alors affaire à l'abcès rétro-pharyngien, qu'il faut ouvrir sans perdre de temps.

Pour s'assurer de la présence du pus, il convient de rechercher ici la fluctuation, ou mieux la sensation de *choc en retour* ; on enfonce le doigt explorateur dans la bouche du malade, et d'un coup sec on l'appuie sur la tumeur ; le doigt s'enfonce d'abord ; mais si ce mouvement est contrarié, si le doigt est arrêté, puis lui-même refoulé, s'il y a, en un mot « choc en retour » c'est que la tuméfaction est due à une collection liquidée. Le pus, d'abord repoussé par le doigt, heurte en arrière la paroi postérieure rigide qui le renvoie et à son tour repousse le doigt (Reclus).

L'opération est toujours assez délicate et quelquefois dramatique. L'enfant sera tenu solidement dans la position assise sur les genoux d'un aide. On ouvre le plus largement possible la bouche pour bien voir, et l'index gauche va reconnaître l'abcès, puis se recourbant en avant et en bas, il abaisse fortement la langue. De la main droite, on saisit un bistouri bien piquant, dont la lame a été entourée presque jusqu'à la pointe avec de la gaze stérilisée, et on le porte franchement sur la ligne médiane, et rapidement on incise de haut en bas sur une longueur de 2 centimètres. L'intervention doit être menée très vite en moins d'une seconde. Le bistouri ne doit pas quitter la ligne médiane pour se tenir loin des gros vaisseaux, et l'incision doit descendre

le plus bas possible pour éviter la formation d'un diverticule qui pourrait devenir la source de récidence.

Dès que l'incision est terminée, on retire le bistouri et on penche immédiatement la tête de l'enfant en avant. Le pansement consécutif consistera en irrigations fréquentes à l'eau bouillie.

Si l'abcès récidive par la suite, on pourra intervenir par la voie latérale.

Broca²⁷ conseille de traiter les abcès latéro-pharyngiens plutôt d'origine bucco-pharyngée par la voie cutanée et de réserver la voie interne pour les abcès rétro-pharyngiens des nourrissons d'origine bien souvent nasale ou naso-pharyngée.

e) *La fièvre ganglionnaire.* — La fièvre ganglionnaire (*Drüsenfieber, ganglionic fever*) est une affection assez fréquente au cours de la première enfance. Elle a surtout été bien étudiée par les médecins d'enfants (Pfeiffer¹², Comby¹).

Il s'agit d'une infection due vraisemblablement au streptocoque et dont la porte d'entrée se trouve au niveau de la muqueuse des fosses nasales, du cavum ou du pharynx buccal, c'est ce qui en fait tout l'intérêt pour nous et la rattache au sujet de notre rapport.

L'inflammation légère, passagère, éminemment transitoire sur les muqueuses du nez ou du pharynx qu'elle effleure le plus souvent au point d'être à peine constatable cliniquement pour un esprit non prévenu, retentit très sérieusement sur les *ganglions angulo-maxillaires* et s'accompagne de symptômes généraux plus ou moins intenses et d'un état fébrile de durée variable.

Voici comment les choses se passent le plus souvent (H. Gourichon¹⁵) : un enfant, de bonne santé habituelle, est pris après quelques jours de malaise léger, ou brusquement, sans cause occasionnelle appréciable, d'une fièvre vive avec anorexie et constipation opiniâtre; la température monte rapidement à 38°8, 39°, 40° même. L'examen des organes ne révèle rien d'anormal, aucune plaie cutanée, ni muqueuse; à peine une légère rougeur de la cavité bucco-pharyngienne. Deux jours après le début des accidents, on remarque que l'enfant a des difficultés pour mouvoir la tête et une légère douleur pour accomplir les mouvements de déglutition. En explorant la région cervicale, on trouve une masse ganglionnaire sur les caractères de laquelle nous insisterons dans un moment. Les symptômes généraux et la température persistent quelques jours encore, puis tout rentre dans l'ordre, sauf l'hypertrophie des ganglions qui demande plus de temps pour disparaître.

En parcourant les observations, on voit que du côté du pharynx, on signale le plus souvent fort peu de chose, parfois rien ; on a vu l'enchifrènement (Combemale) précéder la fièvre, de même un léger catarrhe rhino-pharyngien, quelquefois une épistaxis (Gourichon ⁵) ; mais jamais il n'y a eu d'angine vraie. En somme, disproportion évidente entre la lésion rhino-pharyngienne et l'engorgement ganglionnaire, dont il nous reste à tracer le tableau.

La tumeur ganglionnaire est le plus souvent unilatérale ; les ganglions angulo-maxillaires sont régulièrement les seuls pris. Pourtant on a vu ceux siégeant sous le tiers supérieur du sternocléido-mastoïdien être envahis. En règle générale, les ganglions cervicaux sont seuls atteints, du moins dans les observations françaises ; à l'étranger on a signalé l'hypertrophie des ganglions maxillaires, inguinaux, voire même mésentériques, une sorte de généralisation de l'infection, mais nous le répétons, c'est là une exception, une complication très rare au dire de M. Comby ¹ qui s'est beaucoup occupé de cette question.

Parfois l'enfant semble éprouver une douleur au niveau de la nuque et évite de faire le moindre mouvement ; son attitude rappelle alors beaucoup celle des enfants atteints d'abcès rétro-pharyngiens, et il n'y aurait rien d'étonnant à ce que l'inflammation des ganglions latéro-pharyngiens ne fût la cause réelle de cette immobilité. Mais leur examen n'est pas commode, surtout chez l'enfant, et l'on ne peut faire ici que des hypothèses.

Somme toute, ce sont les ganglions angulo-maxillaires qui sont les plus fréquemment touchés par l'infection. Tous les ganglions du groupe ne sont pas forcément pris à la fois, tantôt il n'y en a qu'un seul, d'autres fois il semble que tous sont atteints. Leur volume est très variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf d'oie. La masse ganglionnaire est dure au toucher, et son palper provoque de la douleur et des mouvements de défense. A moins de complications, on ne perçoit généralement pas de fluctuation. La peau est mobile au-dessus et demeure saine. Au bout de deux ou trois semaines, l'adénopathie rétrocede progressivement. Parfois le ganglion peut s'abcéder, mais c'est là un fait rare, exceptionnel (Comby).

Gourichon ⁵, dans sa thèse (1895), estimait avec Comby que la fièvre ganglionnaire pouvait être contagieuse, il semble beaucoup plus affirmatif aujourd'hui, et dans une communication écrite, il me déclare qu'il a eu l'occasion comme médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris, d'observer plusieurs épidémies de fièvre ganglionnaire que d'autres rapportaient à une épidémie d'oreillons.

Cette question de contagion m'amène à vous signaler l'origine grippale possible de cette infection et M. A. Delcourt³, de Bruxelles, dans un tout récent travail, paraît rattacher en partie la fièvre ganglionnaire à la grippe, opinion déjà défendue autrefois par Luigi Concetti. Il existerait une forme de grippe s'accompagnant de symptômes gastro-intestinaux et d'un gonflement des ganglions cervicaux situés derrière le sterno-cléido-mastoïdien. Ce gonflement ganglionnaire, la marche de la maladie, les complications possibles sont absolument comparables à ce que l'on observe dans l'affection décrite sous le nom de fièvre ganglionnaire, et, en Allemagne sous celui de *Drüsenfieber*.

4^e *Adénopathie dans les sinusites aiguës*. — Pour terminer ces quelques considérations sur le rôle pathogénique des infections nasales et naso-pharyngées dans la production des adénopathies, nous voudrions attirer l'attention sur les adénopathies qui peuvent survenir au début ou au cours des sinusites aiguës fronto-maxillaires. Nous n'avons pas vu ce signe signalé en général et, n'était une observation de Caboche relatée dans la thèse d'André, nous n'aurions rien trouvé sur ce sujet. Nous rapportons aussi brièvement deux faits où nous avons pu constater l'existence de l'adénite aiguë. C'est là en quelque sorte un chapitre d'attente et nous aimerions à connaître l'opinion de nos collègues sur ce point particulier.

Dans l'observation de M. Caboche, il s'agit d'une adénopathie du bord postérieur du sterno-mastoïdien au niveau de son 1/3 supérieur. On distingue dans la masse empâtée quatre ou cinq nodules ganglionnaires de la dimension d'un petit pois. Le tout serait survenu au cours d'une sinusite maxillaire très nette et à marche aiguë.

L'adénite peu à peu diminua, devint moins douloureuse pour disparaître avec la sinusite.

Dans le courant de cette année, l'esprit attiré sur ce point particulier, nous avons pu constater chez deux jeunes sujets (une jeune fille de 12 ans, et un jeune garçon de 17 ans) atteints l'un et l'autre de sinusite frontale aiguë grippale, une adénopathie sous-maxillaire très nette.

Dans nos deux cas, le ganglion était douloureux à la palpation et il n'y avait pas de périadénite. Ces malades étaient venus consulter à l'Hôtel-Dieu pour des troubles de la vue dus à leur sinusite. Il y avait en effet de l'infiltration de la peau du front et de la douleur avec œdème rouge des paupières. Le drainage du pus s'opérait bien par le méat moyen, le traitement médical classique, aidé de quelques manœuvres rhinologiques très simples,

ayant surtout pour but de continuer à assurer la perméabilité du méat suffit à amener la guérison.

L'adénopathie disparut progressivement en même temps que l'état local s'améliorait. Chez la jeune fille, la peau qui recouvrait la paroi antérieure du sinus frontal gauche était infiltrée, œdématisée lors de la première visite et, dans notre second cas, il y avait œdème et rougeur de la paupière inférieure en même temps qu'impotence fonctionnelle des muscles orbiculaires.

En somme, il semblerait que dans nos deux cas, l'agent infectieux s'était déjà fait jour à travers les parois osseuses et qu'il y avait déjà menace de perforation par ostéite ou tout au moins d'abcès à distance.

Nous n'avons rien lu de semblable dans l'observation de Caboche.

II. DES ADÉNOPATHIES DANS LES AFFECTIONS NASALES CHRONIQUES.

1° ADÉNOPATHIES DANS LA TUBERCULOSE. — a) *Adénopathies dans la tuberculose nasale.* — La tuberculose nasale peut, on le sait, se développer soit chez des individus bien portants et qui ne présentent aucune autre localisation bacillaire, c'est la *forme primitive*, ou bien survenir, chez des tuberculeux pulmonaires ou laryngés très avancés, c'est la *forme secondaire*.

Le siège de la tuberculose primitive est sur la cloison cartilagineuse ; quant à la tuberculose secondaire, son siège est encore plus antérieur, c'est d'ordinaire le vestibule nasal.

On comprendra que, dans la forme secondaire, il soit difficile d'accorder la moindre importance aux adénopathies sous-maxillaires ou cervicales constatées, car elles peuvent reconnaître une tout autre origine que l'origine nasale.

Quant à la tuberculose nasale primitive, tuberculose exogène, tuberculose locale, elle est somme toute, fort peu virulente ; ce qui explique que Cartaz³⁰ et les auteurs qui, après lui, ont spécialement étudié la question, déclarent qu'il n'existe pas en général d'adénopathie appréciable. Pourtant lorsqu'arrive la période d'ulcération, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent ; mais on le voit quand ils sont pris ce n'est que très tardivement.

b) *Adénopathies dans la tuberculose naso-pharyngée.* — Le pharynx nasal est lui aussi admirablement situé pour subir le contage tuberculeux. Il peut s'infecter secondairement à une tuberculose pulmonaire avancée, qui, en général, affecte la forme ulcéreuse, et bien souvent les ganglions de la grande corne de l'os hyoïde sont engorgés. Mais ici l'adénopathie perd naturellement de sa valeur car elle a pu être occasionnée par des lésions étrangères au cavum.

Le contage direct peut s'expliquer comme l'a montré Brindel par ce fait que le bacille de Koch, hôte habituel du mucus nasal et pharyngien, habite les cryptes de l'amygdale pharyngée et l'enkystement et l'inflammation de ces cryptes ouvrent la porte à l'envahissement bacillaire.

Les adénopathies existent ici presque toujours dans la région cervicale ou sous-maxillaire. Mais il est souvent difficile de faire la part exacte du rôle joué par la tuberculose dans l'engorgement ganglionnaire, car les ganglions ont pu s'hypertrophier par suite des poussées d'adénoïdite subies par le sujet.

L'adénoïdite aiguë crée l'adénopathie aiguë, à laquelle succède l'adénite chronique d'abord simple, mais qui peut secondairement devenir tuberculeuse.

Ceci nous amène à étudier le rôle possible du tissu lymphoïde du pharynx nasal comme porte d'entrée de l'infection tuberculeuse.

c) *Le tissu lymphoïde du cavum porte d'entrée de l'infection tuberculeuse.* — Cette question a été peu étudiée si l'on ne considère exclusivement que le naso-pharynx, car les expériences nombreuses et les travaux multiples sur cette question ont eu surtout en vue la pénétration du bacille au niveau des amygdales palatines et de la muqueuse du pharynx buccal.

Mais nous croyons qu'on peut ici sans crainte raisonner par analogie et appliquer les notions acquises à l'amygdale pharyngée et au tissu lymphoïde du pharynx nasal.

La notion de l'inoculation primitive est relativement récente. Rappelons que W. Meyer, le premier, émit l'idée que l'hypertrophie amygdalienne était souvent liée à une tuberculose larvée de l'organe. M. Lermoyez³², en 1894, en décrivant les végétations adénoïdes tuberculeuses fit faire un grand pas à la question.

Enfin le professeur Dieulafoy³³, en 1895, expose magistralement les différents stades de la tuberculose : première étape amygdalienne, seconde étape ganglionnaire, troisième étape pulmonaire.

M. Baup³¹ institue des expériences qui confirment pleinement les idées de Dieulafoy. Il attribue à la tuberculose larvée les poussées inflammatoires fréquentes chez les sujets à amygdales hypertrophiées et il décrit les diverses lésions produites par le bacille ou plus souvent par les toxines, démontrant ainsi la réalité de la première étape amygdalienne de Dieulafoy.

Quant à la seconde étape, *étape ganglionnaire*, elle tend aussi à être prouvée par de nombreux travaux. Orth, en inoculant le bacille tuberculeux dans des amygdales de chien, voit se déve-

lopper des lésions dans tous les ganglions du cou. D'autre part, les observations de tuberculose ganglionnaire consécutive à une lésion primitive de l'amygdale sont nombreuses (Friedmann³⁴). Cette inoculation primitive peut se faire soit par les aliments soit par les poussières contenant des bacilles virulents.

On sait, enfin, que la tuberculose amygdalienne primitive est très fréquente relativement chez l'enfant, tandis que la secondaire est plus fréquente chez l'adulte.

Entrant par effraction de l'épithélium de la muqueuse et des cryptes, le bacille passe dans la circulation lymphatique et va aux ganglions du cou, de là aux poumons et dans tout l'organisme.

On peut même, si l'on songe aux notions anatomiques qui paraissent certaines et que nous avons rapportées plus haut au sujet des communications des espaces sous-arachnoïdiens du cerveau avec les lymphatiques de la pituitaire, admettre la porte d'entrée nasale ou naso-pharyngée pour certains cas de méningite tuberculeuse. Au reste, Jacobson³⁵ a pu rapporter quelques observations de méningite tuberculeuse s'accompagnant de lésions de même ordre du naso-pharynx.

Cela nous permettrait de comprendre l'éclosion subite de la méningite tuberculeuse chez le nourrisson vivant sous le même toit que des individus atteints de tuberculose ouverte. Il y a bien là non pas hérédité tuberculeuse comme l'on disait jadis, mais bien contagion familiale.

Nous pouvons rapprocher de ces faits, l'opinion exprimée par L. Grunwald³⁶ (p. 88). Il lui semble bien probable que la méningite tuberculeuse siège surtout à la base, parce que les bacilles de Koch, qui séjournent surtout dans l'épipharynx et en particulier dans son tissu adénoïde, passent de là facilement dans les espaces lymphatiques sous-duraux.

2° ADÉNOPATHIES DANS LE LUPUS. — a) *Lupus primitif des fosses nasales*. — Il est admis par tous les dermatologistes que les adénites sont une des complications possibles du lupus vulgaire et que dans quelques cas elles s'enflamment et suppurent.

Pour Besnier, ces adénites seraient dues à la pénétration dans les voies lymphatiques du bacille de la tuberculose et à l'infection plus profonde de l'économie par ce bacille.

Il était probable a priori que cette complication se retrouverait dans le lupus des fosses nasales. Pour éloigner dans la mesure du possible toute cause d'erreur pouvant tenir à une source d'infection venue du tégument externe, nous n'avons retenu que les observations de réactions ganglionnaires au cours du lupus primitif des fosses nasales.

Bien que presque tous, nous admettions aujourd'hui l'identité histologique du lupus et de la tuberculose, cliniquement il y a une différence, et malheureusement il n'est pas toujours aisé de dire ce qui doit s'appeler lupus des fosses nasales ou tuberculose.

Malgré l'opinion inverse de Lefferts³⁷, de Schaffer et Masse³⁸, qui n'acceptent le diagnostic de lupus que s'il y a une manifestation lupique cutanée, on tend à admettre de plus en plus le lupus primitif (Pohl³⁹) et l'on va même plus loin si avec Méneau et Frèche⁴⁰, on en arrive à dire que le lupus de la face n'est très souvent que la propagation de la lésion nasale.

D'après Cozzolino⁴¹, Raulin⁴², Jousset⁴³, la partie antérieure de la cloison nasale est un des sièges de prédilection du lupus.

Aucun des auteurs ne signale l'adénopathie parmi les signes habituels; pourtant en relisant les observations du travail de E. Félix⁴⁴, nous voyons que souvent les ganglions sous-maxillaires sont pris et qu'ils peuvent atteindre le volume d'une noisette ou d'un œuf de pigeon, une fois ce furent les ganglions mentonniers.

Cette localisation de l'adénopathie ne peut nous étonner, car le plus souvent, sinon toujours, c'est par le vestibule, les ailes du nez ou la partie antérieure de la cloison que débute le lupus; or nous savons que les ganglions sous-maxillaires et mentonniers sont les ganglions régionaux de cette partie des fosses nasales.

En outre ces adénopathies sont souvent bilatérales, ce que l'anatomie pouvait encore faire prévoir.

b) Lupus primitif du cavum. — Quant au *lupus primitif du pharynx nasal*, c'est une exception. Seifert⁴⁵ en rapporte un cas. Nous ne savons donc rien de précis sur les ganglions infectés.

3° ADÉNOPATHIES DANS LA SYPHILIS. — Dans la syphilis nasale, les adénopathies sont de règle quand il s'agit de l'accident primitif, du chancre. Elles peuvent exister lors des accidents secondaires, mais d'une façon inconstante, et sont dues alors à des infections secondaires ou à l'infection générale.

Pour le chancre, ici comme pour d'autres régions, la constatation d'une adénopathie en rapport avec la lésion a un haut intérêt diagnostique. Le chancre est toujours escorté d'un ganglion satellite. Le bubon suit le chancre comme l'ombre suit le corps, dit Ricord.

Comme le chancre nasal est presque toujours situé à la partie antérieure de la cloison ou sur la face interne de l'aile du nez, là où l'inoculation digitale porte le virus, ce sont presque toujours les ganglions sous-maxillaires qui sont envahis les premiers.

Les ganglions sont toujours gros notablement hypertrophiés, quelquefois énormes et les auteurs comparent leur volume à celui d'une noix ou d'un œuf de poule.

Il sont très durs, roulant sous le doigt, lisses, d'une dureté pierreuse, non adhérents.

Au début, ils peuvent être légèrement douloureux, mais cela n'existe pas toujours, et est en tout cas fugace ; le plus souvent ils sont indolores.

Chapuis⁴⁶ et Le Bart⁴⁷ recommandent en outre la recherche des adénopathies au niveau de l'axis, dans le cavum et dans le voisinage de la grande corne de l'os hyoïde, appliquant les données de l'anatomie à la pathologie.

Mais comme Küttner et André l'ont montré, les lymphatiques pituitaires communiquent avec les lymphatiques cutanés et dès lors on peut trouver les ganglions préauriculaire, parotidiens et même génien envahis.

D'autre part, la constatation d'une adénopathie peut faire remonter à la lésion spécifique, au chancre. La curieuse observation résumée d'après Brunon⁴⁸ en est un exemple bien frappant.

Il s'agit d'un enfant de sept ans, chétif, malingre, porteur de *grosses adénites de la région sous-maxillaire gauche* ; pas de douleurs à la palpation. Ne trouvant aucune inflammation dans la bouche, ni sur les amygdales, ni aux oreilles, ni au cuir chevelu, on pense à la scrofule. Trois semaines après, les adénites de la région sous-maxillaire gauche ont augmenté de volume ; à droite les ganglions sont à peine sensibles. Mais, sur le front, une éruption papuleuse fait qu'on examine la bouche et qu'on découvre une petite plaque muqueuse. Dès lors, on poursuit l'examen dans le sens de syphilis et l'on cherche la porte d'entrée.

On constate, enfin, un *ganglion de la grosseur d'une grosse noisette au niveau de l'os hyoïde à gauche*. Cette constatation remémore à notre confrère les remarques anatomiques sur lesquelles il avait insisté dans sa thèse : ces ganglions hyoïdiens sont tributaires des lymphatiques de la pituitaire. Il fait immédiatement l'examen du nez et à 1 cent. 1/2 environ de l'orifice nasal en écartant légèrement le cornet inférieur, il découvre une petite ulcération en saillie d'un rouge très vif, les bords assez bien taillés à pic et d'un 1/2 centimètre carré environ de grandeur, c'est bien un chancre syphilitique.

Par le toucher rétro-pharyngien, on ne constate aucune tumeur, mais l'examen fut fort difficile et l'auteur conclut qu'il ne peut affirmer l'intégrité du ganglion préaxoïdien.

Quant au chancre du cavum et du pourtour de l'orifice tubaire, c'est au niveau de la chaîne cervicale qu'il faudra rechercher l'adénopathie.

Des gommes du cavum peuvent en s'infectant secondairement amener un retentissement ganglionnaire dans la chaîne cervicale. Nous avons encore présent à la mémoire un cas de surdité unilatérale survenue insidieusement chez une jeune femme, de bonne santé, et dont il semblait difficile de trouver la cause. L'examen du rhino-pharynx permit à mon père de reconnaître une tuméfaction de la région pharyngée latérale au niveau de la trompe ; dès lors le mécanisme de la surdité s'expliquait, il s'agissait d'obstruction mécanique de la trompe par cette tuméfaction. La malade interrogée niait toute syphilis antérieure ; en explorant la région cervicale, on trouva un gros ganglion à la partie inférieure de la chaîne cervicale, on prescrivit le traitement spécifique et surdité, tumeur et ganglion disparurent simultanément par le traitement classique.

4° ADÉNOPATHIES DANS LES TUMEURS MALIGNES DES FOSSES NASALES ET DU NASO-PHARYNX. — a) *Tumeurs malignes primitives des fosses nasales.* — Kümmel, dans son traité récent sur les tumeurs malignes du nez et des fosses nasales (1899), signale la rareté des adénopathies dans les tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Il ajoute que peut-être l'unique cause de cette rareté c'est que la première étape du courant lymphatique à partir de la muqueuse du nez ne nous est pas connue ou bien n'est pas accessible à l'examen.

Nous croyons que les travaux des anatomistes modernes permettent aujourd'hui d'éliminer la première cause. Nous savons bien en effet maintenant quelles sont les régions à explorer. Mais nous ne pouvons que nous rallier à la seconde proposition de Kümmel : l'examen n'est pas facile, d'autant plus que ces malades vont le plus souvent consulter des chirurgiens généraux, parfois peu familiarisés avec nos manœuvres rhinoscopiques.

Nous osons espérer que dans un avenir prochain, étant donnée la vulgarisation de nos procédés d'examen (rhinoscopie postérieure et toucher rétro-pharyngien), cette lacune se comblera.

Ces réserves faites, l'étude des monographies les plus récentes et la lecture des observations qui y sont annexées nous montrent très nettement que dans les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, l'adénopathie secondaire est exceptionnelle et cela quelle que soit la nature de la tumeur.

On sait que les tumeurs malignes des fosses nasales peuvent

se diviser en deux groupes, les sarcomes et les tumeurs épithéliales. Les sarcomes comprennent les tumeurs produites par la prolifération d'un élément cellulaire d'origine conjonctivo-vasculaire (mélano-sarcome, myxosarcome, sarcome à myéloplaxes, etc.) ; les tumeurs épithéliales comprennent les tumeurs qui se développent aux dépens des éléments épithéliaux, les épithéliomes et les carcinomes.

Dans ces deux groupes, l'adénopathie secondaire est rare, surtout au début, à l'époque où elle pourrait présenter quelque intérêt diagnostique.

Lorsqu'elle existe (Paul Bourgeois⁵⁰), elle se produit dans la région sous-maxillaire, principalement au niveau de l'angle de la mâchoire ; on l'a trouvée une ou deux fois dans les ganglions latéraux du cou.

Les ganglions sont tantôt durs, mobiles, indolents, tantôt ils peuvent se ramollir, ils adhèrent à la peau qu'ils perforent formant ainsi des ulcérations sanieuses.

Après ablation de la tumeur, la récurrence peut se faire dans les ganglions et la première observation d'épithélioma des fosses nasales nettement diagnostiquée, due à Bouheben⁵¹, est une observation de ce genre.

Ils'agissait d'un épithélioma ayant débuté deux ans auparavant au niveau du septum cartilagineux, n'ayant donné lieu à aucune hémorragie, mais s'étant accompagné de ganglions sous-maxillaires du même côté.

L'extirpation de la tumeur et des ganglions fut suivie d'une récurrence du côté de ces dernières.

Robert Dreyfuss (de Strasbourg⁵²) qui, en 1892, a bien étudié les tumeurs malignes épithéliales des fosses nasales, après avoir signalé la rareté de l'hémorragie spontanée dans le carcinome et l'abondante hémorragie spontanée dans certains sarcomes, attire « l'attention sur un autre fait caractéristique, c'est la rareté de « *l'infiltration des glandes lymphatiques régionales*. On n'a constaté que deux fois une infiltration de cette espèce (Bouheben⁵¹, Barzilay⁵³), dans ces cas, c'étaient les glandes sous-maxillaires qui avaient été affectées. Mais l'affection existait, dans le cas de Bouheben, depuis deux ans ; dans le cas de Barzilay depuis neuf mois seulement. L'on peut opposer à ces faits ceux où, malgré une plus longue durée, il n'y a pas eu infection des glandes.»

En somme, il semble y avoir ici accord entre tous les auteurs pour signaler la rareté de l'adénopathie ; elle ne saurait donc être d'un utile secours pour poser un diagnostic.

Nous avons vainement essayé d'établir dans quels cas l'adénopathie apparaissait et s'il y avait des régions où l'implantation de la tumeur amenait plutôt qu'ailleurs la réaction ganglionnaire.

b) *Tumeurs malignes du naso-pharynx* — Les chirurgiens et surtout les rhinologistes n'ont pas beaucoup écrit sur cette question, ce qui fait qu'en dehors de la thèse de Montbouyran⁵⁴, de celle de F. Laval⁵⁵, et d'un certain nombre d'observations ou de quelques articles dont le plus important est celui de nos collègues Jacques et Berthemès⁵⁶, nous n'avons pu trouver d'observations.

Dans son travail très documenté, Laval a dressé un tableau de tous les cas publiés auxquels il ajoute sept observations inédites, ce qui fait un total de 45 cas de sarcomes et de 27 cas d'épithéliomes.

En général le malade vient se soumettre à l'examen, le plus souvent, parce qu'il éprouve depuis plus ou moins longtemps de la gêne dans la respiration nasale surtout d'un côté (forme respiratoire) ou bien, et cela plus rarement, c'est en recherchant la cause d'une surdité unilatérale survenue sournoisement (forme auriculaire) que l'otologiste pratiquant l'examen rhinoscopique postérieur ou le toucher rétro-pharyngien découvre par hasard la tumeur.

Il est un troisième mode de début plus rare, il est vrai, que les deux autres, mais qu'il nous faut bien connaître, bien que le plus souvent le malade dans ce cas se dirige de préférence chez le chirurgien général plutôt que chez le rhinologiste. Nous voulons parler des cas dans lesquels il n'y a pas ou presque pas de signes d'obstruction nasale, tellement peu dans tous les cas que le patient n'en a nul souci ; il n'y a pas non plus d'obstruction tubaire, partant pas de surdité ; le seul signe qui attire l'attention du malade est la présence d'une *adénopathie cervicale* (forme ganglionnaire) qui peut pendant longtemps, très longtemps même, plusieurs mois, constituer toute la maladie.

Dans ces cas, le chirurgien, s'il n'a pas l'idée ou l'habitude de faire pratiquer ou de pratiquer lui-même l'examen du rhinopharynx, croit n'avoir affaire qu'à une adénopathie cervicale banale dont il méconnaît souvent la cause jusqu'au jour où la tumeur s'accroissant, les symptômes de compression des organes voisins apparaissent et forcent au diagnostic ; mais il est alors souvent trop tard pour tenter avec quelques chances de succès l'exérèse.

Cette forme de début par tumeur ganglionnaire étant assez rare, nous en rapportons une observation recueillie par notre collègue Escat et publiée déjà dans le travail de Laval.

OBSERVATION II. — *Épithéliome du naso-pharynx chez un homme de 68 ans. Adénopathie cervicale énorme, seul signe physique extérieur.*

Le 30 mai 1902, le professeur Audry adresse à la Clinique, L. E., pour rechercher si les voies aériennes supérieures ne recéleraient pas la cause d'une *adénopathie cervicale énorme*, seul signe physique extérieur.

Le malade ne se plaint que de douleurs cervicales. Début il y a cinq mois. Rhinolalie fermée légère. A la rhinoscopie antérieure on aperçoit, à travers la choane droite, une tumeur grisâtre. La rhinoscopie postérieure fait découvrir une tumeur fongueuse du volume d'un marron, occupant presque toute la largeur de la voûte, masquant complètement la choane droite et laissant voir la queue du cornet inférieur à gauche.

D'après les apparences, il s'agissait d'un épithéliome et l'examen histologique confirma le diagnostic.

Dans toutes les observations qu'il nous a été donné de parcourir, ce sont les *ganglions cervicaux* qui sont pris les premiers. Il est très difficile de voir si les ganglions latéro-pharyngiens sont envahis, car la masse ganglionnaire soulevant la paroi pharyngée peut être très facilement confondue avec un prolongement pharyngien de cette tumeur.

Pourtant on doit, par le toucher rétro-pharyngien, rechercher sa présence.

Nous croyons avoir, au moins une fois, constaté l'envahissement de ce groupe ganglionnaire dans l'observation suivante prise sur un malade venu à la consultation de la clinique Panas à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION III. — *Sarcome du naso-pharynx propagé à l'orbite. Exophtalmie droite. Masse ganglionnaire sous-maxillaire et parotidienne droite. Masse ganglionnaire latéro-pharyngienne droite, perceptible par le toucher rhino-pharyngien.*

Il s'agit d'un malade, homme d'apparence robuste, âgé de 48 ans, qui se présente à la consultation le 3 mars 1905.

Il y a six mois, le malade s'est aperçu que son œil droit grossissait et, depuis trois semaines, cette exophtalmie aurait beaucoup augmenté pour atteindre le degré actuel. Notons que le malade déclare que son œil grossit et diminue par périodes. Aucune douleur locale, pas de céphalée. Rien, sauf une *gêne de la respiration par la narine droite*. Il y a huit jours, épistaxis.

Les mouvements de l'œil sont assez considérables en dedans et en dehors, mais très faibles en haut et en bas. Il peut encore fermer l'œil droit, les paupières sont suffisantes pour recouvrir le globe. Cornée intacte.

A la palpation de l'orbite, on trouve surtout en haut et en dedans, une masse dure, bien limitée, et en haut et en dehors, une masse plus

volumineuse, mais moins dure et moins bien limitée. En bas, on arrive aussi à sentir la masse néoplasique. L'œil est dur.

Vision de l'œil droit = $1/6$.

Vision de l'œil gauche = 1.

Stase papillaire de l'œil droit.

Le *toucher rhinopharyngien* facile, permet de constater que toute la partie droite du cavum, depuis la voûte jusqu'à l'insertion du voile, est occupée par une masse dure et rénitente qui repousse la muqueuse; en haut et en avant, il semble qu'il y ait une autre masse, celle-ci molle et saignant très facilement obturant en partie la choane droite. On constate en outre une *masse ganglionnaire sous-maxillaire et parotidienne* volumineuse.

Le diagnostic de sarcome propagé à l'orbite paraît probable. En outre étant données les deux masses perçues au toucher rétro-pharyngien et leur différence de nature, nous penserions volontiers avoir là une *adénopathie pharyngienne* secondaire soulevant la paroi pharyngée.

Escat a vu une fois les *ganglions dits de Gillette* augmenter de volume dans l'observation VI de la Thèse de Laval que nous rapportons brièvement ci-dessous.

OBSERVATION IV. — *Epithéliome du naso-pharynx chez un homme de 62 ans. Adénopathie rétro-pharyngée.*

F.-J. L., se présente le 16 septembre 1902, se plaignant de surdité bilatérale depuis quatre mois environ, d'insuffisance nasale, de douleurs à la nuque et d'écoulement purulent par le nez et la gorge.

La rhinoscopie postérieure permet de voir sous la voûte du cavum une masse fongueuse présentant des mamelons rosés masquant les choanes. Sa consistance est demi-molle; *la paroi spinale du pharynx paraît soulevée peut-être par les ganglions de Gillette* augmentés de volume. L'oreille ne présente que des lésions de catarrhe tubaire.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'épithéliome. Le malade est revu le 22 octobre, la tumeur a bien augmenté; visible dans l'oro-pharynx, elle est ulcérée; la respiration buccale est gênée.

Les douleurs sont vives. *Pas d'adénopathie cervicale perceptible.*

L'époque d'apparition de l'adénopathie peut aider à poser le diagnostic différentiel entre le sarcome et l'épithéliome. Ici, comme ailleurs, l'adénopathie précoce est en faveur de l'épithéliome.

Dans la grande majorité des cas rapportés, ce sont les ganglions sterno-mastoïdiens qui sont ou paraissent pris les premiers.

Quant à l'adénopathie rétro-pharyngée ou mieux latéro-pharyngée, elle paraît exceptionnelle, peut-être n'est-ce là qu'une apparence due à un examen insuffisant, car il est très rare de voir mentionner la recherche de cette adénopathie.

BIBLIOGRAPHIE

A. — PARTIE ANATOMIQUE

1. ALBERTIN. — Des adénites génienues (*Archiv. prov. de chir.*, t. IV, n° 4, p. 259, 1895).
2. AXEL KEY et RETZIUS. — *Studien in der Anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes*, vol. I, p. 217 à 221, pl. 37. Stockholm, 1875.
3. ANDRÉ (J. Marc). — *Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales* (Thèse de doct., Paris, 1905).
4. BOURGERY et JACOB. — *Vaisseaux lymphatiques*, Paris, 1835, t. IV, pl. 86.
5. BOYER. — *Traité d'anatomie*, t. III, p. 263 (ganglions du buccinateur).
6. BUCHBINDER (Hans). — Ueber die Lage und die Erkrankungen der Wangenlymphdrüsen (*Beiträge z. Klin. Chir.*, oct. 1899, XXV, p. 11).
7. CLOQUET. — Tome II, p. 593 (pour ganglions de la face).
8. CUNÉO et ANDRÉ. — Société anatomique, 20 janvier 1905.
9. GEROTA. — Zur Technik der Lymphgefässinjection. Eine neue Injectionsmasse für Lymphgefässe. Polychrome injection. (*Anat. Anzeiger* 1896, t. XII, n° 8, p. 216).
10. KÜTTNER (A.). — Ueber die Lymphgefässe der äusseren Nase und die zugehörigen Wangenlymphdrüsen in ihrer Beziehung zu der Verbreitung des Nasenkrebses (*in Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, p. 33, 1 planche, oct. 1899, Tübingen).
11. LUSCHKA. — *Die Anatomie des Menschen*. Tübingen, 1865.
12. MASCAGNI (Paolo). — *Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia*, 1787, tab. XXVI, qg. 1.
13. MOST (A.). — Ueber den Lymphgefässapparat von Nase und Rachen (*Archiv. für Anat. und Physiol.* Anatomische abtheilung, 1901. Hefte 2 et 3, p. 75-94 et une planche).
14. PILLIET. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1891.
15. PONCET. — Société nationale de médecine de Lyon, 6 juillet 1896.
16. PRINCETEAU. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 24, p. 280, juin 1899.
17. SAPPEY. — *Anatomie, physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques considérés chez l'homme et les vertébrés*. Paris, 1874.
18. SIEUR. — Société des Sciences médicales de Lyon, séances de mai 1895.
19. SIEUR et JACOB. — *Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus*. Paris, Rueff, 1901.
20. SIMON. — *Schmidt's Jahrbücher*. Bd. CVII et CLXI, 1859.
21. TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, 2^e édit., t. II, p. 300.
22. THÉVENOT. — Des adénites génienues (*Gaz. des hôp.*, 21 avril 1900, n° 46).
23. VIGIER. — Des adénites génienues (Thèse de doct. de Lyon, nov. 1892 et *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, n° 34, 1892).

B. — PARTIE CLINIQUE

1. COMBY. — La fièvre ganglionnaire (*Méd. infant.*, 1894) et *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 450.
2. CZAJKOWSKI. — Remarques à propos de la fièvre dite ganglionnaire (*Gaz. Lek.*, 1894).

3. DELCOURT (Albert). — La fièvre ganglionnaire et la grippe à forme ganglionnaire (*La pathol. infant.*, Bruxelles, n° 2, 15 février 1905).
4. DESPLATS. — Note sur un cas de fièvre ganglionnaire (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 1894).
5. GOURICHON (H.). — *Essai sur la fièvre ganglionnaire* (Thèse de doct., Paris, 1895).
6. HAERSCHELMANN. — Fièvre glandulaire (*Jahr. f. Kinder*, 1894, XXVIII, 1).
7. KISEL. — K. Kazuist, shelcz. lichorad. Drüsenfieber Pfeiffer's (*Trudi obsh. dietsk. Vrach.*, Moscou, 1893).
8. MOUSSOUS. — De la fièvre ganglionnaire (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1893).
9. MUGGIA. — Sulla linfadenite cervicale acuta nei bambini (*Gaz. med. di Torino*, 1893).
10. NEUMANN. — De l'adénite cervicale aiguë idiopathique (*Berlin. Klin. Wochens.*, décembre 1891).
11. PECH. — Thèse de doctorat de Toulouse, 1894.
12. PFEIFFER (E.). — Drüsenfieber (*Jahr. f. Kinder*, 1889, t. XXIX, fasc. 3 et 4).
13. PROTASOW. — Zur cazuistik des Drüsenfiebers Pfeiffer's (*Jahr. f. Kinder*, 1891).
14. RICARD. — Congrès français de chirurgie (*Bull. méd.*, oct 1889).
15. STARCK. — *Jahr. f. Kinder*, 1890, t. XXXI, fasc. 4.
16. UNGER. — *Traité de pédiatrie*, pp. 687-688.
17. TISSIER (Paul). — Le nez et l'érysipèle (*Ann. des mal. de l'or.*, nov. 1892, page 807).
18. BRETONNEAU. — Lettre à Blache et à Guersant (*Archiv. gén. de méd.*, 1855, t. V et VI).
19. — *Traité de la Diphtérie*. Paris, 1826.
20. GLATARD (Raymond). — *La diphtérie nasale* (Thèse de doct., Paris, 1902).
21. CHAUSERIE-LAPRÉE (F.). — *De la rhinite purulente dans la scarlatine* (Thèse doct., Paris, 1900).
22. ROGER. — Étude clinique sur quelques maladies infectieuses (*Rev. de méd.*, avril-mai 1899 et 1900).
23. GILLETTE. — *Abcès rétro-pharyngiens idiopathiques* (Thèse de doct., Paris, 1867).
24. BAR (L.). — Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens (*Bull. et mém. de la Soc. franç. d'otol.*, 1902, p. 137).
25. ESCAT. — *Presse médicale*, 1895.
26. TEXIER. — Des abcès rétro-pharyngiens chez les nourrissons (*Bull. et mem. de la Soc. franc. d'otol.*, p. 374, 1903).
27. BROCA. — Abcès péripharyngiens (*Bull. méd.*, n° 49, 20 juin 1903).
28. BOKAI. — *Traité des maladies de l'enfance*, 1897.
29. PEARSON. — Abcès aigus rétro-pharyngiens au cours de la première enfance (*La Parole*, 1902, n° 7).
30. CARTAZ (A.). — De la tuberculose nasale (*France méd.*, 19 juillet 1887, p. 1007).
31. BAUP. — *Les amygdales, porte d'entrée de la tuberculose* (Thèse de doct., Paris, 1900).
32. LERMOYEZ. — *Annales des maladies du larynx*, 1888-93-99. Soc. de biologie, 1893.
33. DIEULAFOY. — Académie de médecine, 1895.
34. FRIEDMANN. — *Les amygdales, porte d'entrée de la tuberculose chez*

- les enfants (*Deuts. med. Wochens.*, n° 24, p. 381, 1900 et *Beitrag zur path. Anat.* XXVIII, p. 66).
35. JACOBSON. — *Contribution à l'étude de l'origine bucco-pharyngée de la méningite* (Thèse de doct., Paris, 1900).
 36. GRUNWALD. — *Atlas-manuel des maladies de la bouche, du pharynx et des fosses nasales*, édit. franç., 1903.
 37. LEFFERTS. — *Schmidt's Jahrbucher*, 1879. vol. CLXXXII, p. 145 (*Amer. journ.* 1878).
 38. SCHAFFER et NASSE. — *Tuberkulgeschwülste der Nase* (*Deuts. med. Wochens.*, 1887, p. 308).
 39. POHL. — *Ueber Lupus* (*Virchow's Archiv*, 1854, vol. VI, p. 174).
 40. MENEAU et FRÈCHE. — *Société française de dermatologie*, 26 avril 1897.
 41. COZZOLINO. — *Archiv. ital. di laryng.*, 1886.
 42. RAULIN. — Thèse de doctorat, Paris, 1889.
 43. JOUSSET. — Étude clinique sur le lupus primitif de la cloison nasale (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1900, I, p. 481).
 44. EUGÈNE FÉLIX. — *Ann. des mal. de l'oreille*, fév. 1901, p. 108.
 45. SEIFERT. — *Heymann Handbuch der Laryngol. und Rhinol.*, II, 1899, p. 753.
 46. CHAPUIS. — *Gazette des hôpitaux*, 1894.
 47. LE BART. — Thèse de doctorat: Paris, 1894.
 48. BRUNON. — *Loire médicale*, 15 décembre 1903.
 49. — *Le chancre syphilitique des fosses nasales* (Thèse de Lyon, 1895).
 50. BOURGEOIS (Paul). — *Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales* (Thèse de doct., Paris, 1902).
 51. BOUEBEN. — *Extirpation des ganglions sous-maxillaires* (Thèse Paris, 1873).
 52. DREYFUSS (Robert). — *Tumeurs malignes épithéliales des fosses nasales* (*Archiv. internat. de laryngol.*, 1892, p. 65).
 53. BARZILAY. — *Épithélioma des fosses nasales* (Thèse de doct., Paris 1885).
 54. MONTBOUYRAN. — Thèse de doctorat, Paris, 1895.
 55. LAVAL. — *Des tumeurs malignes du naso-pharynx* (*Archiv. internat.*, fév. 1905, p. 55).
 56. JACQUES et BERTEMÈS. — *Société française*, 1903, p. 344.
-

II

SUR LES

AFFECTIONS UNILATÉRALES DES CORDES VOCALES

Par le professeur **A. ROSENBERG** (de Berlin).

C'est un fait bien connu des laryngologistes que les catarrhes aigus et chroniques du larynx frappent d'une façon si régulière les deux cordes vocales, et le plus souvent à un degré plus ou moins égal, que la rougeur d'une seule corde éveille notre attention et fait naître en nous, quand cette modification persiste pendant un certain temps, le soupçon d'une affection plus sérieuse.

Il y a, sans nul doute, des exceptions à cette règle. Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois des malades atteints de laryngite aiguë unilatérale, chez lesquels une des cordes conservait son aspect normal, sa couleur blanche nacrée comme un tendon, tandis que l'autre présentait une rougeur récente et un léger gonflement, modifications qui disparaissaient simplement au bout de peu de temps. J'ai eu également occasion de traiter quelques malades, chez lesquels un catarrhe chronique n'avait frappé qu'une corde, de telle sorte que des laryngologistes expérimentés qui les avaient examinés avaient émis la supposition qu'il s'agissait de tuberculose. Mais, l'observation ultérieure des malades, qui jouissaient du reste d'une santé générale parfaite, démontra qu'il s'agissait d'une laryngite catarrhale simple ; dans ces cas la rougeur est moindre et plus vascularisée, le gonflement est moins dur.

L'influenza frappe, elle aussi, presque toujours les deux cordes vocales ; c'est surtout la forme décrite par B. Fränkel : taches gris blanchâtres entourées de muqueuse rouge. L'an dernier et cette année, j'ai vu deux malades chez lesquels, sur la corde vocale droite seule, à peu près au milieu de la face supérieure, il existait une tache du diamètre d'une lentille, de couleur blanchâtre, se détachant très bien sur le fond rouge ; cette tache formait même un creux peu prononcé ; elle s'élimina au bout de quelques semaines et fit place à de la rougeur. Chez les deux malades, il y avait eu auparavant des manifestations typiques d'influenza, d'ordre général.

Néanmoins, quand nous observons une affection unilatérale

des cordes qui se prolonge pendant assez longtemps, nous pensons à la possibilité ou plutôt à la probabilité d'une affection plus sérieuse : tuberculose, syphilis, carcinome.

Il en a été ainsi dans les trois cas que je vais rapporter brièvement :

OBSERVATION I. — Un avocat de 41 ans, issu de souche saine, ayant toujours été en bonne santé, sauf une pleurésie grave, il y a quatorze ans, vint me consulter le 26 juin 1901 pour un enrouement persistant depuis six semaines et qui, sans être considérable, le gênait dans l'exercice de sa profession.

Un examen soigneux du malade montra que tous les organes, les poumons en particulier, étaient en parfait état.

A l'examen laryngoscopique, la corde droite présentait dans toute son étendue une vive rougeur, un peu foncée et veloutée; la corde était épaissie, la face supérieure un peu arrondie, le rebord peu marqué; les mouvements étaient peut-être un peu difficiles. La corde gauche était parfaitement blanche et sa motilité intacte. Le repos de l'organe et un traitement par les astringents, prolongés pendant six semaines, ne donnèrent aucun résultat; il en fut de même d'un traitement par le silence et l'iodure de potassium continué pendant quinze jours. Le malade, neurasthénique, s'inquiétait de son enrouement et son entourage contribuait encore à le préoccuper davantage; pour ces raisons il me parut indiqué de l'éloigner, d'autant plus que je n'étais pas certain qu'au sein de sa famille et dans sa profession (pour laquelle, du reste, il s'était fait remplacer dans les derniers temps), sa voix fût mise au repos comme il aurait été nécessaire. Pour le mettre à l'abri des poussières, je lui prescrivis un voyage sur mer, de quatre semaines qu'il passa en grande partie sur la Méditerranée.

Quand, à son retour, je l'examinai, je constatai, outre une amélioration marquée de l'état général, que la corde droite avait repris sa couleur et sa forme naturelle et qu'elle se mouvait librement. Le reliquat de la rougeur disparut au bout de huit jours.

L'affection avait donc, malgré un traitement rationnel, demandé quatre mois jusqu'à la guérison.

OBSERVATION II. — M. K..., 50 ans, courtier à la Bourse, avait été traité par moi en 1896 et 1898, pendant peu de temps, pour une laryngite aiguë; il est profondément neurasthénique, issu de parents tuberculeux, mais n'a jamais rien eu aux poumons, ni au larynx, sauf les laryngites aiguës dont nous venons de parler. Le 8 août 1903, il vint me consulter pour un enrouement datant de quatre semaines.

Tous les organes, et en particulier le poumon, sont sains.

L'examen laryngoscopique montre que toute la corde gauche a une coloration rouge foncé, veloutée, qu'elle est uniformément épaissie, de sorte que son bord, augmenté de volume, recouvre celui de l'autre corde; cette dernière est parfaitement blanche, se meut

librement, tandis que la corde malade ne présente que des mouvements lents et difficiles.

Je pensai à la syphilis, au carcinome, à la tuberculose. L'iodure de potassium n'amena aucune modification ; il n'y avait pas d'expectoration ; rien au poumon ; le malade ne voulut pas se laisser pratiquer une excision pour la biopsie.

Un traitement astringent et le repos de la voix, lequel, me semblait-il, ne fut pas mis en œuvre comme il le fallait, n'amena aucune amélioration.

J'envoyai le malade à Méran (Tyrol) pour l'éloigner d'abord de la Bourse, le soustraire à l'inspiration des poussières irritantes et le mettre à même de faire une cure de silence. Il revint au bout de quatre semaines sans amélioration. Pendant les mois qui suivirent et qu'il passa dans sa villa sans fatiguer sa voix il n'y eut pas non plus d'amélioration. Je perdis mon malade de vue pendant un temps assez long. A la fin de l'année dernière je le revis et constatai l'existence de l'ancien état de choses. Au printemps de cette année, je l'examinai sans trouver de changement important ; il retourna alors à Méran pour quatre semaines. Le 21 mai de cette année il revint me trouver en me disant que sa voix allait mieux. A l'examen, je vis que la corde vocale malade était rose pâle, à peine épaissie, bien mobile, c'est-à-dire, presque guérie. Dans ce cas, l'affection avait duré trente-deux mois et n'est pas encore complètement terminée.

OBSERVATION III. — M. Q., comptable, âgé de 42 ans, vint le 8 juin 1904 me consulter pour enrouement datant de six semaines, qu'accompagnait une toux persistant depuis trois semaines. Le malade a toujours été en bonne santé. Rien au poumon. L'examen laryngoscopique montre que la corde gauche est quelquefois épaissie dans toute son étendue et rouge sombre, ses mouvements sont, peut-être, un peu difficiles. Pas d'autres modifications au larynx ; la corde droite est parfaitement blanche.

L'iodure de potassium ne produisit pas le moindre résultat. Des injections d'une solution de chlorure de zinc à 10 % faites pendant plusieurs mois ainsi que le repos de la voix amenèrent une diminution progressive des phénomènes ; le traitement astringent pratiqué à de longs intervalles ne ramène la corde à l'état normal qu'au bout de huit mois de durée totale de l'affection.

Ces trois cas ont donc comme caractères communs : rougeur, épaississement et difficulté de motilité d'une seule corde, l'autre étant intacte, et le retour à l'état normal se produisant lentement. L'enrouement dû à l'affection n'était pas considérable ; la voix avait une sonorité voilée.

La rougeur était très intense, plus vive, plus sombre, plus foncée qu'on ne la rencontre dans les catarrhes aigus et chroniques ; on ne pouvait plus distinguer de vaisseaux dilatés, mais la couleur était uniforme dans toute l'étendue de la corde, qui avait l'air d'être imprégnée de couleur rouge.

L'épaississement semblait plus résistant que dans le catarrhe simple et d'autre part ne donnait pas l'impression d'une infiltration dure ; il était cependant tel qu'il causait une certaine gêne du mouvement, il était si marqué qu'on pouvait constater une importante différence de niveau entre les faces supérieures des cordes vocales.

Malgré tout, je suis obligé de considérer l'affection comme une maladie catarrhale, inflammatoire, subaiguë qui représente ainsi une forme plus marquée et s'étendant davantage en profondeur, car la marche de l'affection, le retour à la normale parlent en faveur de cette opinion. La lenteur de la guérison s'explique par la plus grande intensité du processus.

Quoi qu'il en soit, ces cas sont dignes d'attention, car ils peuvent amener une confusion avec des maladies sérieuses et je tiendrais à dire quelques mots au sujet du diagnostic différentiel avec la tuberculose, la syphilis et le cancer.

L'*infiltration tuberculeuse* de la corde présente une coloration rouge moins foncée, les contours sont plus modifiés, arrondis ou noduleux ; il n'est pas rare de rencontrer aussi des ulcérations et presque toujours les poumons sont atteints. La modification de forme des cordes dont nous nous sommes occupés est au contraire limitée à une augmentation de volume uniforme occupant toute l'étendue et ne se remarquant que sur le diamètre vertical ; cet épaississement a un aspect plus mou, velouté, il n'y a pas d'ulcérations ; le voisinage n'est pas modifié, les poumons ne sont pas non plus atteints.

Le processus ne fait aucun progrès, même insensible ; bien plutôt, le retour à l'état normal s'effectue tôt ou tard ; il n'y a jamais de douleurs.

L'affection se distingue de la syphilis par sa couleur rouge sombre, par la régularité de l'épaississement qui conserve davantage la forme primitive, par l'absence d'ulcérations, même aux stades ultérieurs et par d'autres manifestations spécifiques ainsi que par l'action de l'iodure de potassium ou du mercure.

Le carcinome de la corde se manifeste au stade de début par l'enrouement qui augmente peu à peu, tandis que dans les cas que nous avons décrits, il ne dépassa pas une intensité modérée et disparut au bout d'un temps plus ou moins long. De même, l'examen laryngoscopique ne montre pas d'aggravation progressive ; dans le carcinome, la corde n'est pas prise tout entière au début, mais une partie seule est atteinte ; celle-ci et le voisinage présentent par rapport aux parties saines, un aspect tout différent, infiltré. C'est pourquoi la difficulté du mouvement n'est pas particulièrement frappante.

Si j'ai mentionné ces cas, c'est que je n'ai rien trouvé de semblable dans la littérature, et que, surtout, je fus étonné de ce que je vis et qu'enfin l'unilatéralité de l'affection peut éveiller un soupçon mal fondé.

Peut-être quelqu'un de nos collègues aura vu des cas de ce genre qui pourront compléter ou rectifier l'opinion que je me suis faite de la nature de la maladie.

(Traduction par MENIER, de Figeac.)

III

FREQUENCE DU PARASITISME FUSO-SPIRILLAIRE DANS LES LÉSIONS BUCCALES ¹

Par le professeur **H. VINCENT** (du Val-de-Grâce).

Dans une communication faite à la dernière séance de la Société de Dermatologie, M. Chompret a signalé deux observations, l'une « d'angine de Vincent » l'autre d'herpès buccal. Ayant constaté dans l'une et dans l'autre, la présence des bacilles fusiformes et des spirilles que j'ai décrits, il en conclut que la symbiose fuso-spirillaire ne lui paraît pas avoir de valeur spécifique et qu'il lui semble qu'elle peut se rencontrer dans toutes les variétés d'ulcérations buccales.

En outre, en se fondant sur l'absence d'adénite sous-maxillaire douloureuse chez sa première malade, femme paratuberculeuse (?), il en infère qu'il est « difficile d'établir l'identité de l'angine de Vincent ».

Ces affirmations paraissent reposer sur plusieurs erreurs, les unes de faits, les autres d'interprétation.

Contrairement à l'opinion de M. Chompret, l'infection fuso-spirillaire n'est pas, en effet, présente dans toutes les lésions ulcéreuses de la bouche. Pour aussi importante que soit cette symbiose parasitaire dans l'étiologie de la stomatite ou comme complication des ulcérations ayant une autre origine, elle n'absorbe nullement à elle seule, la bactériologie de ces lésions. C'est ce que j'ai établi après étude de nombreux cas ².

La cavité buccale est peuplée d'innombrables bactéries, dont beaucoup sont pathogènes. Il est donc peu d'affections de la bouche et du pharynx où l'agent pathogène principal ne soit lui-même plus ou moins mélangé de quelque autre germe de la salive et qui s'est ensemencé secondairement.

En conséquence, il n'est point inutile de faire remarquer que, dans l'exsudat de l'angine à bacilles fusiformes, le microscope ne montre, assez souvent, que les seuls fuso-spirilles. Dans les coupes

1. Communication faite à la Société de Dermatologie, mars 1905.

2. H. VINCENT, Sur l'étiologie de la stomatite ulcéreuse primitive. *Archives internationales de laryngologie*, mars 1904).

d'amygdales, ils sont seuls et en quantité prodigieuse. Plusieurs auteurs, après moi-même, ont souligné ce fait. Il prouve la rigoureuse spécificité de l'affection et de ses agents pathogènes.

En dépit de cette raison et de beaucoup d'autres¹, M. Chompret n'hésite point à condamner l'individualité clinique de l'« angine de Vincent » et à opposer son opinion à celle d'une foule d'observateurs qui, aussi bien à l'étranger qu'en France, ont universellement confirmé la découverte et l'importance de cette entité morbide.

L'expérience clinique qu'il en a, n'est établie, à la vérité, que sur un seul cas. Peut-être, cependant, eût-elle bénéficié de la connaissance des travaux qui ont été précédemment publiés sur l'angine et la stomatite ulcéro-membraneuses.

Pour dénier, à l'angine que j'ai décrite, sa valeur comme entité clinique, M. Chompret s'appuie, en effet, essentiellement, sur l'absence, chez sa malade, d'adénite volumineuse et douloureuse. Cet argument a bien peu de valeur scientifique par lui-même et, de plus, il ne repose même pas sur un fondement réel. Car je n'ai nullement signalé que, dans l'angine, les ganglions fussent toujours douloureux et volumineux.

Dans les cas légers, au contraire, ainsi que je l'ai montré, les ganglions sont peu tuméfiés (*Société médicale des hôpitaux*, 11 mars 1898) ou même l'adénite peut manquer (*ibid.*, 13 janvier 1899).

Il me sera bien permis de noter, d'ailleurs, que M. Chompret a constaté, lui aussi, chez sa malade, *quelques petits ganglions sous-maxillaires* très difficilement perceptibles et non douloureux.

Il me reste à dire un dernier mot au sujet de la fréquence de la symbiose fuso-spirillaire dans les lésions de la bouche.

C'est une loi bien connue, que la plupart des agents infectieux peuvent susciter, au sein des éléments anatomiques, des réactions histologiques parfois très dissemblables, ou qu'ils peuvent s'ensemencer secondairement dans des régions très diverses.

A l'exemple du bacille de Löffler (Kober, Wasserman), du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, etc., le bacille fusiforme et le spirille vivent normalement en saprophytes, dans la bouche des sujets sains. A leur exemple, aussi, ils peuvent s'ensemencer aux points où une érosion, une ulcération accidentelle ou pathologique de la muqueuse bucco-gingivale leur a ouvert une brèche. C'est là un fait qui n'a rien d'exception-

1. LETULLE, L'Angine de Vincent (*La Presse médicale*, 29 décembre 1900)

nel. Que le bacille de la diphtérie puisse être trouvé à la surface des tonsilles, chez les sujets soumis à l'amygdalotomie (Lichtwitz); que le streptocoque, le pneumocoque, les staphylocoques, agents très ordinaires d'angines, puissent, aussi bien, être rencontrés dans les ulcérations buccales les plus diverses : traumatiques, syphilitiques, herpétiques, aphteuses, dentaires, etc., il n'y a rien là que de très communément observé. Nul ne songera à admettre que la spécificité de ces microbes pathogènes en est, pour cette raison ébranlée.

Ai-je besoin, par conséquent, de faire remarquer que ces conditions de végétation parasitaire sont applicables aux fusospirilles, commensaux habituels de la bouche ?

Que conclure de ce qui précède, sinon que les diverses déterminations de la symbiose fusospirillaire sont d'observation courante, et que cette fréquence apporte, par elle-même, le témoignage le plus précieux de son importance clinique ? Si ce n'est point là, tout à fait, ce qu'a voulu dire M. Chompret, je ne lui en suis pas moins reconnaissant de m'en avoir fourni, involontairement, une preuve nouvelle, en exprimant l'avis que l'herpès buccal et les ulcérations de toutes natures pouvaient être infectés, secondairement, par ces bactéries. Toutefois, je ne saurais lui cacher qu'il a été, depuis longtemps, précédé dans cette voie par beaucoup d'observateurs. De sorte que l'épithète de banale, qu'il a attribuée à l'infection fusospirillaire, semble s'appliquer, plus exactement, à la constatation clinique qu'il a faite.

IV

LEPTO-MÉNINGITE APRÈS UNE OPÉRATION DE KILLIAN¹

Par le professeur **MERMOD** (de Lausanne).

OBSERVATION. — M. K., 59 ans, grand industriel, est incommodé depuis nombre d'années par une suppuration des cavités annexes du nez, dont il présente les symptômes habituels, enchifrènement, foetor, sécrétion nasale abondante, pharyngo-laryngites à répétition, céphalée habituelle, etc.. En mai 1900, après avoir débarrassé aussi complètement que possible les fosses nasales des masses qui les encombre, je curette les deux sinus maxillaires extrêmement petits, cachés derrière une paroi canine large d'un centimètre et demi, et comblés par une muqueuse épaissie et œdématisée. D'autres foyers sont certainement en cause : nous nous décidons cependant à en rester là, le malade respirant mieux, et mouchant bien moins ; du reste, exceptionnellement éprouvé dans les dix jours qui ont suivi, l'opération relativement laborieuse, avec perte de sang considérable il redouterait pour le moment de nouvelles interventions ; il se contente donc de venir de temps en temps pour faire enlever les produits polymorphes qui tendent sans cesse à reparaitre dans les deux fosses nasales.

En mai 1902, les sinus sphénoïdaux remplis de pus et de fongosités, sont ouverts par voie endo-nasale après résection de la moitié postérieure des cornets moyens : diminution, puis disparition de la suppuration du côté gauche.

En novembre 1904, M. K., mouche plus que jamais du côté droit : en outre, il avale constamment une sécrétion épaisse et fétide, la nuit comme le jour ; le sommeil en est souvent entravé. Le malade, qui n'a jamais fait d'autres excès que des excès de travail, sans cesse occupé du bien-être matériel et moral de ses nombreux ouvriers, se préoccupe davantage de son mal qui commence à retentir sur l'état général, fatigue habituelle, mélancolie, céphalée fréquente. Aussi une intervention nouvelle est-elle demandée. Mais laquelle ? Je suis certain de l'existence de la sinusite fronto-ethmoïdale droite ; un examen maintes fois répété me l'a suffisamment prouvé ; aussi je me propose d'abord de faire un simple Ogston-Luc avec drainage nasal aussi large que possible ; d'un autre côté, n'oubliant pas que deux ans auparavant, le sinus sphénoïdal était aussi atteint, je suis moins certain de l'intégrité de l'ethmoïde postérieur : c'est pourquoi je me décide à pratiquer un Killian, avec lequel j'étais déjà familiarisé. Narcose au Billrodt. Sinus frontal de grandeur moyenne, à parois osseuses intactes, rempli de pus et de fongosités.

Cloison intersinusienne très mince ouverte accidentellement, montre un sinus gauche normal, conformément à mon diagnostic

1. Communication faite à la Soc. franç. d'otol. de laryngol. et de rhinol., session de mai 1905.

antérieur. La masse ethmoïdale antérieure est très fongueuse, la curette s'y enfonce aisément, ramenant des masses dégénérées; elle mord moins facilement dans la partie postérieure de l'ethmoïde, et je ne touche pas au sinus sphénoïdal curetté deux ans auparavant, s'ouvrant largement dans la cavité opératoire. Hémorragie exceptionnellement profuse et gênante, malgré l'adrénaline. Tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Suites opératoires d'abord des plus simples : le soir même, on ne demanderait pas mieux que de se lever. Le second jour est également excellent : à part une légère ecchymose des paupières, aucun gonflement, pas de strabisme; la sécrétion rétro-nasale a complètement cessé. C'est le soir de ce second jour que les choses commencent à se gâter : légère céphalée (vertex et nuque); température 37°6 : un peu d'agitation qui tend à augmenter. A une heure du matin, je suis appelé; le malade, après avoir été de moins en moins calme, vient de perdre connaissance tout à coup et ne répond à aucune sollicitation : j'ai absolument l'impression d'un ictus apoplectique. Aucun signe de paralysie faciale, ni des extrémités : au contraire, le malade n'a pas le plus petit instant de repos, se retourne sans cesse et cherche à sortir de son lit. Les pupilles égales réagissent paresseusement : pouls 120°, respiration 30 à 35, entrecoupée de temps en temps par un profond soupir ou un gémissement. Ne reconnaît personne et paraît ne rien entendre. Aucun signe de contracture, ni à la nuque, ni ailleurs.

Pendant deux jours, état stationnaire, sauf de rares et courts moments pendant lesquels le malade paraît reconnaître son entourage, mais l'aphasie persiste jusqu'à la fin : à force d'insister, on parvient parfois à faire répéter un mot, mais il est incapable de nommer un objet qu'on lui montre. Constipation opiniâtre; pouls et respiration restent accélérés, température oscille entre 38,6 et 39,4 c. L'agitation augmente encore : deux gardes sont nécessaires pour maintenir le malade dans son lit. Aussi est-il impossible de faire un examen plus minutieux, et la ponction lombaire n'eût été possible qu'avec la narcose. L'aspect de la plaie reste irréprochable : la sécrétion rétro-nasale n'a pas reparu. Exitus le soir du quatrième jour après l'opération, sans autres symptômes.

L'autopsie du crâne est seule autorisée. En l'absence de mon ami le Professeur Stilling, elle est faite le lendemain par son premier assistant le Dr P... En voici le court résumé :

Lepto-méningite purulente généralisée sur la convexité et à la base, *sauf au niveau de la région antérieure ethmoïdo-frontale*. Des deux côtés, la voûte orbitaire, la lame criblée, la dure-mère qui les tapisse, ainsi que la pie-mère, ne présentent pas le plus léger signe d'infection : celle-ci ne commence qu'au niveau d'une ligne sagittale passant à un centimètre en arrière de la selle turcique. Foyer opératoire de bonne apparence, aseptique, ne contenant qu'un petit coagulum.

Le sinus frontal gauche normal contient également de petits caillots sanguins. Les deux sinus sphénoïdaux sont tapissés d'une muqueuse

normale. En un mot, *aucune relation apparente entre le foyer opératoire et la méningite.*

Dans l'épaisseur de la deuxième circonvolution temporale droite, à environ deux centimètres en arrière du pôle antérieur, est un foyer hémorragique occupé par un coagulum noir, long de deux centimètres et demi, et entouré d'un abondant piqueté hémorragique : l'ensemble du lobe temporal est nettement hyperémié.

Examen microscopique. — 1° Les coupes faites à travers l'ethmoïde décalcifiée ne démontrent pas d'une façon positive le passage de l'infection par les voies lymphatiques.

2° Les coupes à travers le sinus sphénoïdal et l'hypophyse, ne montrent pas d'altérations pathologiques.

3° Les coupes à travers le sinus caverneux et les nerfs qui y passent, ne montrent pas de lymphagite dans les gaines arachnoïdiennes des nerfs.

4° Enfin, les coupes du sinus frontal et du toit de l'orbite ne présentent rien de particulier.

Il y a quelques années, je n'ai pas hésité à reproduire dans les *Annales*, l'histoire d'une méningo-encéphalite consécutive à une tentative de cathétérisme de la région frontale. Aujourd'hui j'hésite encore moins à vous présenter ce nouveau cas malheureux, puisque, chacun est d'accord là-dessus, théoriquement du moins, la publication d'un seul cas à terminaison fatale étant plus utile que celle de nombreux succès. Je constate d'abord qu'aucune faute opératoire n'a été commise : l'intégrité de la lame criblée et des autres parois osseuses, en fait suffisamment foi. Puis, il y a eu hémorragie cérébrale que j'ai constamment soupçonnée pendant les deux jours de maladie, et qui à elle seule était suffisante pour amener la mort. Mais son existence ne supprime pas celle d'une méningite diffuse suraiguë qui certainement n'existait pas avant l'opération, et dont l'interprétation serait facile si l'autopsie avait pu démontrer le passage direct de l'infection depuis la cavité opératoire. Mais les complications cérébrales à distance, séparées du foyer d'origine par du tissu sain en apparence, ne sont nullement rares, on le sait : il suffit de rappeler nombre d'abcès otogènes. Et comme une méningite ne se produit pas sans une infection venue du dehors, il me semble plus naturel de voir ici une relation de cause à effet, plutôt que d'admettre un accident cérébral survenant quelques heures après une opération et indépendamment de cette dernière.

Mais, me dira-t-on, puisque vous voulez absolument accuser votre intervention opératoire, qui vous prouve dans le cas particulier, qu'un simple drainage fronto-nasal, façon Ogston-Luc, n'eût pas amené la méningite plus facilement encore qu'un large évidemment, façon Killian ou autre ? C'est possible, et je ne suis

pas loin de penser que si ma mésaventure s'était passée avec l'emploi de la première de ces méthodes, la plus simple, on n'aurait pas manqué d'y voir une nouvelle confirmation des nombreux dangers dont on l'accuse. Je n'en veux à aucune de ces méthodes, mais plus que jamais, après mon cas malheureux, sauf dans de très rares exceptions, je reste fidèle à la méthode Ogston-Luc modifiée suivant les cas, et élargissant plus ou moins la brèche osseuse, et dans les très larges sinus, en pratiquant l'une à côté de l'autre deux fenêtres permettant toujours un curetage minutieux, tout aussi bien qu'avec une intervention plus radicale. Et ici je suis heureux de me sentir appuyé par l'opinion de Sébilleau, telle qu'il vient de l'exprimer si éloquemment dans son remarquable article paru dans les *Annales* en janvier dernier. Je crois avec lui qu'avec une intervention relativement très simple, on peut obtenir constamment de bons résultats, et je pense qu'une méthode a moins d'importance par elle-même que par la manière dont on l'emploie : affaire de technique avant tout, permettant avec un très large drainage à travers l'infundibulum, de débarrasser le labyrinthe antérieur. Et aujourd'hui, alors que la faveur semble se partager entre les deux méthodes extrêmes, celle de Luc et celle de Killian, alors que le premier de ces deux auteurs paraît vouloir brûler ce qu'il avait adoré, ou plutôt créé, qu'il me soit permis de dire un mot de ma statistique personnelle, reposant sur 165 cas d'opérations d'après la méthode d'Ogston-Luc et m'ayant fourni un cent pour cent de guérisons, avec résultat cosmétique irréprochable, cela va sans dire ; sept fois seulement, il y a eu menace de fistulisation dans les premières semaines, laquelle a cédé à une seconde intervention de même nature. Je suis loin d'en vouloir au Killian, que j'ai moi-même pratiqué six fois, et ses indications peuvent s'imposer très nettement : le danger me paraît être de vouloir trop les étendre. Une des raisons principales qui a fait adopter rapidement la méthode, en Allemagne surtout, serait sa sécurité absolue, et je ne sache pas que jusqu'ici elle ait à son actif des accidents graves. C'est pourquoi j'ai tenu à vous apporter cette observation si incomplète et si peu claire qu'elle soit ; elle me paraît cependant suffisante pour prouver que la méthode, pas plus que toute autre, mette complètement à l'abri, puisque dans les nombreuses interventions que j'ai eu à pratiquer dans les cavités annexes du nez, le seul cas de mort que j'aie jamais eu à déplorer est survenu précisément avec un Killian ! C'est tout ce que j'ai voulu dire.

A PROPOS DU STRIDOR LARYNGÉ CONGÉNITAL ¹

Par le professeur **O. COZZOLINO**
chargé du cours des maladies de l'enfance à l'Université de Gênes
et directeur du service de Pédiatrie.

Un coup d'œil rétrospectif jeté sur la bibliographie de cette forme morbide particulière, suffit à nous convaincre qu'il existe encore une grande confusion quant à la pathogénie. Si je ne me trompe, cette confusion est due à ce qu'on a voulu comprendre sous un seul type des tableaux cliniques, qu'une observation un peu superficielle a fait considérer comme des variétés d'un seul type morbide; en d'autres termes, on a confondu les syndromes striduleux en général avec un stridor spécial qu'on rencontre chez les nouveau-nés et qui, justement pour cette raison, a reçu le nom de stridor laryngé congénital.

Après la longue discussion qui eut lieu sur ce sujet au dernier (VIII^e) Congrès de la Société italienne de laryngologie, rhinologie et otologie, tenu à Sienne en septembre dernier, discussion faite par le prof. MASSEI et les D^{rs} LUNGHINI et BIAGGI, il pourrait sembler superflu de revenir à une époque si rapprochée sur cette question, sans apporter une nombreuse série d'observations personnelles. Mais, il faut tout d'abord tenir compte que ma communication actuelle était fixée à une époque coïncidant à peu près avec celle du susdit Congrès; que notre Congrès dut subir un délai de six mois, que, d'autre part, après un entretien avec le Prof. MASSEI, antérieur à sa communication de Sienne, j'ai pu me convaincre que nos idées sur le sujet étaient en concordance parfaite.

Donc, j'ai cru qu'il n'était pas hors de propos de revenir sur cette question, même au milieu d'un Congrès de pédiatrie, pour tâcher d'apporter un peu d'ordre sur le point si discuté de la pathogénie du stridor laryngé congénital. On peut, à propos de cette pathogénie, dire que l'esprit des auteurs est allé à l'aven-

1. Communication lue à la Séance du 30 avril 1905 du Congrès italien de pédiatrie à Rome.

ture; ils ont cherché des complications là où régnait la simplicité; ils ont accumulé des hypothèses plus ou moins appuyées sur des recherches anatomo-pathologiques mal interprétées, quand il suffisait d'examiner la question avec un jugement sain et sans idées préconçues pour la voir apparaître suffisamment claire et intelligible.

Je serais très heureux si, même au sein de notre Congrès, les opinions sur la pathogénie, soutenues et exprimées par le Prof. MASSEI, LUNGHINI et BIAGGI, et qui concordent avec celles que l'examen de deux cas (j'ai eu l'occasion de voir l'un d'eux avec le Prof. MASSEI lui-même) et l'étude de la littérature se rapportant au sujet, m'avaient fait déjà établir sur la pathogénie, je serais heureux dis-je, si ces opinions pouvaient recevoir pleine et entière confirmation.

Certes, l'obscurité, ou pour mieux dire l'incertitude de la nature pathogénique du stridor laryngé congénital, ressort des nombreuses dénominations attribuées à la maladie : *spasme laryngé infantile* (GOODHART, 1885), *spasme chronique de la glotte chez les nouveau-nés* (LÖRI 1890), *spasme respiratoire infantile* (THOMSON, 1892), *stridor laryngé congénital* (SUCKLING 1890), *cornage laryngé vestibulaire* (VARIOT, 1896), *rétrécissement congénital du larynx* (LÉVY et ÉTIENNE, 1887), *obstruction laryngée congénitale* (SUTHERLAND et LACK, 1897), *respiration stridoreuse des nourrissons* (GUILBERT, 1900 et BOULARD, 1904), *stridor thymique des enfants* (HOCHSINGER, 1904), *cornage thymique* (MARFAN, 1904).

Si nous nous arrêtons aux diverses interprétations mises en avant pour expliquer l'origine du stridor, nous voyons, tout d'abord, que la théorie la plus ancienne et peut-on dire aussi la plus en faveur, parce qu'elle est fondée sur des examens laryngoscopiques faits sur le vivant comme sur le cadavre, est celle qui accuse les malformations laryngées de nature congénitale, d'où rétrécissement mécanique de la fente glottique, fait anatomique qui explique clairement la production du stridor.

Cette théorie mécanique, très séduisante, invoquée pour la première fois par LEES (1883) à la suite de l'examen laryngoscopique pratiqué *intra vitam* et des découvertes faites à l'autopsie, est soutenue par LÉVY et ÉTIENNE, SUCKLING, REFSLUND, CERF, VARIOT, BRUDER et Le MARCHADOUR, MARTIN, SUTHERLAND et L. LACK, HAUSHALTER, Mac ILRAITH, MATHIEU, GUILBERT, CHAUVEAU, ROCAZ, MASSEI, LUNGHINI et BIAGGI.

A côté de cette théorie en surgirent de nouvelles; ainsi GEE, SMITH, MOURE admirent, comme cause du stridor, la présence

de végétations adénoïdes dans le cavum naso-pharyngien (dernièrement BOULARD et MUGGIA se sont rangés à cette hypothèse pour quelques cas, et interprètent le stridor comme un spasme réflexe); GEFFRIER et JACKNINE ont considéré l'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques comme le facteur du stridor; déjà HELFT (1852) l'avait mise en cause; il regardait le stridor comme dû à une compression exercée par les ganglions péri-bronchiques sur le pneumogastrique, d'où spasme laryngé réflexe; ROBERTSON invoqua une influence neuro-musculaire, c'est-à-dire une paralysie des abducteurs ou dilatateurs (crico-aryténoïdiens postérieurs) des cordes vocales; KOPP, AVELLIS et plus récemment HOCHSINGER se sont prononcés en faveur d'une origine thymique, par hypertrophie du thymus et compression exercée sur la trachée. De même, tout dernièrement, MENSİ a invoqué l'hypertrophie du corps thyroïde pour expliquer l'origine du stridor dans une observation personnelle.

THOMSON (1892) admit une incoordination dans les mouvements des muscles thoraciques inspireurs et des muscles du larynx, par suite d'un arrêt de développement des centres corticaux, analogue à celui qui provoque le bégaiement. Ensuite, THOMSON et TURNER cherchèrent à concilier la théorie mécanique avec leur théorie nerveuse. LÖRI, HERZFELD, admettent également un trouble de coordination dans le centre des muscles du larynx et du thorax, c'est pourquoi ils pensent qu'il s'agit d'une névrose fonctionnelle, d'un spasme clonique de la glotte. MAC BRIDE, STAMM, SÉMON, GUIDA, CROSBY-GREENE, adoptent la théorie nerveuse de THOMSON. CERF, BOULARD, MARFAN, pour expliquer des cas particuliers, ont invoqué la rencontre de plusieurs facteurs pathogéniques, lesquels, suivant les cas, agiraient les uns ou les autres : ainsi, MARFAN distingue un stridor vestibulaire, un stridor adénopathique et un stridor thymique. Il est vrai que BOULARD, dans le chapitre préliminaire de sa thèse, faite avec grand soin, distingue un type clinique net, isolé et correspondant à la véritable forme congénitale du stridor, mais plus tard, interprétant comme un type respiratoire avec les mêmes caractères cliniques, le stridor provenant d'autres causes et extérieures au larynx, il refuse d'admettre comme unique pathogénie du stridor des nouveau-nés, les anomalies congénitales de l'orifice vestibulaire du larynx.

Il me semble que cette confusion et l'association, en un seul groupe, de formes morbides dont l'analogie consiste uniquement dans le phénomène vocal du stridor, ont pour origine le manque d'attention et le fait qu'on ne s'est pas arrêté en première ligne

à l'idée de la nature absolument congénitale de la maladie qui nous occupe. Les premiers auteurs qui ont signalé ce syndrome stridoreux (entrevu par RILLIET et BARTHEZ en 1853 et par KRISHABER en 1877 et plus tard individualisé nettement au point de vue anatomo-pathologique par LEES en 1883) ont cependant insisté sur sa nature congénitale.

Maintenant, quand quelques auteurs affirment que le début du stridor, qui survient habituellement, soit immédiatement après la naissance, soit quelques jours après et par exception seulement, après la fin de la première semaine, peut aussi se montrer du troisième au sixième mois et même au dix-huitième mois après la naissance, cette affirmation suffit à soulever un doute marqué au sujet de la nature et de la qualité du stridor que ces auteurs ont eu l'occasion d'examiner dans leur cas particulier; ce doute atteint aussi l'exactitude d'interprétation pathogénique de ce cas.

Parmi les divers caractères qui, dans un cas particulier doivent servir à distinguer un stridor laryngien, comme étant une forme autonome, d'un stridor qui est la manifestation d'autres affections concomitantes qui ne siègent pas, à vrai dire, dans le vestibule du larynx, il faut tenir compte de l'origine congénitale, c'est-à-dire aux premiers instants ou aux premiers jours qui suivent la naissance.

Prenant pour base ce critérium fondamental, et faisant, pour un moment, abstraction des caractères cliniques différentiels, relatifs au timbre et à l'endroit où le stridor prend naissance, il est possible, *a priori*, d'écarter toute une classe de bruits stridoreux qui, étant secondaires, consécutifs à des lésions d'autres organes, sont d'origine acquise; donc, leur origine est postérieure aux premiers jours ou aux premières semaines de la vie. De cette façon nous éliminerons immédiatement de la catégorie des stridors congénitaux, ceux qui sont dus à la compression de la trachée par une adénopathie trachéo-bronchique, par des tumeurs du médiastin, par une hypertrophie du thymus ou du corps thyroïde, ceux qui sont dus à des végétations adénoïdes, à la rhinopharyngite, à la rhinite spécifique, au croup, aux adhérences ou aux brides glottiques consécutives à une infection diphtérique, morbilleuse, ou à la syphilis congénitale: nous éliminerons aussi le laryngisme striduleux, habituellement symptomatique d'une affection rachitique ou de la tétanie.

Un second caractère du stridor laryngé congénital est basé sur le timbre et sur le siège d'origine du bruit. Les Français, avec leur imagination vive et leurs comparaisons toujours expressives,

ont assimilé le stridor tantôt au coassement des grenouilles, tantôt au gloussement de la poule, au roucoulement de la tourterelle, tantôt au ronflement, au gémissement, au sanglot, au ron-ron du chat, etc. Le côté important de la question n'est pas dans les comparaisons qui peuvent seulement donner une idée approximative du caractère « phonique » du bruit, mais dans l'interprétation exacte du phénomène, laquelle nous amènera directement à affirmer où il se produit. Il faut savoir distinguer un bruit de sténose laryngée sous-glottique d'un bruit de sténose sus-glottique. Grâce à ce critérium, on pourra éliminer une autre série d'états morbides qui peuvent être accompagnés de stertor, ou de stridor laryngé secondaire qu'on peut différencier du vrai stridor congénital qui est primitif et essentiel.

Le bruit de stridor laryngé congénital, celui qui suivant la majorité des auteurs cités, est dû à un vice de conformation de l'entrée du larynx, est évidemment un bruit produit dans l'espace sus-glottique. Il a quelque chose de guttural ou qui rappelle le bruit provoqué par des obstacles respiratoires par aspiration du voile dans les cas de paralysie au niveau de l'isthme du pharynx. Il commence au premier instant de l'inspiration, sous forme d'un bruit sourd, d'une sorte de grognement (VARIOT et BRUDER), qui augmente graduellement de tonalité pour se terminer par un son musical très aigu (THOMSON), tandis que la phase d'expiration est ordinairement normale, à moins qu'il ne s'agisse d'un bruit trop intense. Celui qui l'entend, ressent l'impression d'un bruit rude et pénible. BIAGGI le compare au grincement que produit la lime promenée sur du métal. Parfois, il présente une ou plusieurs interruptions, augmentant aussi d'intensité. Quand la respiration est tranquille il se calme ou disparaît, tandis qu'il s'accroît sous l'influence des variations atmosphériques, du changement de position du corps, ou des modifications que l'ouverture ou la fermeture de la bouche font subir au rythme respiratoire, ou sous l'influence d'autres impressions extérieures ou des émotions (pleurs, cris, colère, rire, etc.) et dans ce cas il se prolonge aussi dans la phase d'expiration. NEWCOMB, LEES, CERF, SUTHERLAND et LACK l'ont vu persister pendant le sommeil chloroformique; il persiste quand on ferme les narines, ce qui le distingue du bruit produit par les adénoïdiens.

De même le fait constaté par VARIOT, que le bruit disparaît complètement quand on fait le tubage du larynx, s'il ne peut faire éliminer l'origine sous-glottique du bruit, exclut cependant d'une manière très nette la participation de l'isthme du pharynx, du cavum naso-pharyngien et de la trachée à la production de ce bruit.

Un autre caractère remarquable du stridor congénital est le suivant : malgré l'intensité du stridor, qui pourrait faire croire à une sténose très prononcée, les ailes du nez sont à peine agitées de légers mouvements et les enfants respirent la bouche fermée, signe manifeste que l'introduction de l'air dans les voies respiratoires a lieu sans obstacles marqués, fait qui se trouve en pleine corrélation avec l'absence de cyanose et qui démontre que l'hématèse est parfaite. Le fait que la voix et la toux restent normales est caractéristique. Il s'agit donc d'un bruit qui n'est pas accompagné de véritables symptômes d'insuffisance respiratoire, puisque l'air arrive dans les voies aériennes profondes en quantité suffisante. En somme, même quand la rétraction inspiratoire du thorax est intense, parce que le stridor lui-même est intense, l'enfant ne paraît pas souffrir, son aspect est satisfaisant, à l'inverse de ce que nous sommes habitués à voir dans le croup où l'enfant à ce qu'on appelle « la vraie soif de l'air ». Ceci explique pourquoi le bruit ne s'accroît pas quand les enfants têtent et pourquoi il ne fait pas obstacle à l'allaitement ; ceci nous dit aussi le pourquoi du fait remarqué par BIAGGI : qu'il n'y a aucune différence quant à la fréquence et à la profondeur des tracés pneumographiques pris durant la veille et le sommeil profond. Evidemment, par suite, le bruit n'est pas en rapport avec une sténose véritable du larynx ; cette dernière est plus apparente que réelle ou du moins ne peut pas se manifester par des signes évidents, car le larynx, comme tout autre organe de l'économie, est doué d'un certain pouvoir d'adaptation fonctionnelle.

Nous devons maintenant signaler, par contraste, les caractères d'un bruit provenant d'une sténose laryngée sous-glottique ou mieux encore d'une sténose trachéale. Ce bruit survient habituellement par accès, il a un timbre de scie, il est à la fois inspiratoire et expiratoire. La rétraction du thorax, du cou, des fosses sus et sous-claviculaires, existe même quand la sténose n'est pas bien avancée ; de plus, il peut y avoir une cyanose apparente surtout quand le rétrécissement est très marqué ; les ailes du nez participent, avec des mouvements très accentués, aux actes de la respiration, signe que l'obstacle respiratoire est considérable, qu'il y a de vrais phénomènes d'insuffisance respiratoire laquelle peut rendre l'affection dangereuse pour la vie du malade.

Enfin il ne faut pas oublier le caractère suivant : disparition rapide de cette forme secondaire de sténose laryngée, alors qu'on peut supprimer la cause qui l'entretient.

Grâce à ces caractères différentiels, très simples, entre les

deux formes de sténose laryngée, surtout s'ils sont associés aux autres indices concomitants (malité au niveau du sternum, turgescence des veines du cou, toux convulsive pénible, habitus de l'enfant, date du début de la sténose, etc.), on pourra avec assez de certitude reconnaître un stridor laryngé d'origine congénitale et le différencier d'une sténose sous-glottique secondaire due à la compression exercée par un thymus hypertrophié, à une adénopathie trachéo-bronchique, à des tumeurs du médiastin, etc. Un autre caractère distinctif du stridor laryngé congénital, c'est sa marche et son pronostic, ordinairement bénins. Il persiste généralement, sans modifications, jusque vers le sixième mois de la vie, époque à partir de laquelle, il commence à rétrocéder et à s'améliorer spontanément pour disparaître tout à fait presque toujours au cours de la deuxième année. Dans cette période d'atténuation progressive du stridor, les intervalles exempts de crises deviennent de plus en plus longs et de plus en plus fréquents jusqu'à ce que le bruit ne se montre plus, sinon à l'occasion d'un effort ou d'une excitation.

Le pronostic de stridor laryngé des nouveau-nés est donc favorable dans la grande majorité des cas, sauf quand des complications ou des maladies intercurrentes viennent s'ajouter; elles prennent alors d'ordinaire un aspect plus grave que chez les enfants complètement normaux, comme, par exemple, quand survient une pneumonie ou une broncho-pneumonie, comme je l'ai vu dans la première observation rapportée à la fin du présent travail.

De même, REFSLUND, VARIOT, HAUSHALTER, ROCAZ, signalent chacun un cas de mort par broncho-pneumonie et THOMSON a vu une pneumonie causer la mort d'un enfant qu'il observait. LEES signale la mort par diphtérie; un malade de CERF présente une bronchite rebelle, un malade de ROCAZ a une trachéo-bronchite opiniâtre. Seuls, SUTHERLAND et LACK, se fondant sur un cas personnel, admettent la possibilité de la mort due au simple stridor par un accès de suffocation, accompagné de phénomènes convulsifs.

De tout ce que j'ai exposé, il me semble qu'on peut considérer comme démontrée, l'existence d'une forme de stridor laryngé, de nature congénitale, qui est l'unique forme de stridor essentiel et qui mérite le nom de stridor laryngé congénital ou des nouveau-nés. Elle représente une entité morbide bien distincte, en ce sens qu'elle a un substratum anatomo-pathologique qu'on peut, sans exceptions, dire constant et consistant en une malformation, en un défaut congénital du vestibule du larynx avec les anomalies suivantes : épiglote peu développée et repliée sur

elle-même de telle sorte que ses rebords latéraux viennent presque en contact; replis aryténo-épiglottiques courts et rapprochés sur la ligne médiane de façon à ne laisser qu'un passage très petit et à réduire l'ouverture vestibulaire à une fente étroite; toutes malformations dont l'exploration digitale m'a révélé l'existence dans mes deux cas rapportés plus loin.

Si à cela on ajoute ce que James F. GOODHART a signalé : que les tissus laryngés, à cette période de la vie, sont très mous et très souples, on comprend facilement comment, si même dans l'état normal du vestibule du larynx, une inspiration plus profonde et forcée est capable, chez les enfants tout petits, de produire un obstacle à la marche de la colonne d'air dans les voies aériennes inférieures, quand il y aura les malformations congénitales énumérées plus haut, cela contribuera considérablement à amener une occlusion valvulaire plus ou moins complète de l'orifice supérieur du larynx déjà étroit. De sorte que l'anomalie de l'épiglotte qu'on trouve dans le stridor laryngé congénital n'est qu'une exagération de l'état normal du larynx de l'enfant.

Comment expliquer les cas, il est vrai, peu nombreux, par exemple les observations XIV et XV de la thèse de BOULARD, dans lesquelles on affirme, d'une façon très nette, l'absence de malformations du vestibule du larynx? Certes, deux cas sur les vingt-cinq rapportés dans cette thèse sont peu de chose; en face d'eux, il y a les autres cas dans lesquels on a apporté une attention spéciale à l'examen laryngoscopique. J'ai réussi à rassembler en tout 46 observations, y compris les miennes, dans lesquelles le résultat de l'examen fut absolument positif¹. Et cela sans tenir compte que même d'autres auteurs non parti-

1. J'énumère ici ces observations :

LEES.....	1 cas
LÉVY et ÉTIENNE.....	1 —
SUCKLING.....	1 —
RESFLUND.....	1 —
CERF.....	1 —
VARIOT.....	3 —
BRUDER.....	1 —
SUTHERLAND et LACK.....	18 —
HAUSHALTER.....	1 —
MARTIN.....	1 —
C. CHAUVEAU.....	1 —
ROCAZ.....	2 —
MASSEI.....	11 —
BIAGGI.....	2 —
O. COZZOLINO (ma deuxième observation est comprise dans les 11 cas de MASSEI).....	1 —
Total.....	46 cas.

sans de la théorie mécanique (HOCHSINGER, THOMSON, etc.) ne nient pas l'existence des malformations laryngiennes, mais leur donnent une autre interprétation ou tout au moins une importance secondaire.

Pourtant, voici l'opinion d'un laryngologiste aussi compétent que MOURE (je rappelle ce qu'en dit THOMSON) : que les enfants parfaitement normaux peuvent faire entendre le stridor pendant l'anesthésie chloroformique et que la malformation du vestibule n'est que l'exagération des conditions physiologiques ; d'autre part, la présence de végétations dans le naso-pharynx peut n'être qu'une coïncidence pure et simple ; de toutes façons, il faut toujours penser à l'origine congénitale du stridor et s'il disparaît immédiatement après l'ablation des végétations, c'est un signe manifeste qu'il ne s'agit pas de stridor congénital, mais de ce que BOULARD nomme respiration stridoreuse. Toutes les autres formes de stridor caractérisées par le symptôme commun : stridor, et qui ont comme base d'autres altérations morbides, doivent être nettement séparées de la forme du stridor essentiel dont nous avons parlé, soit, parce qu'il s'agit habituellement d'un stridor de nature non congénitale, soit à cause du timbre et du lieu d'origine, sous-glottique ou extra-glottique, du syndrome stridoreux.

Vouloir ramener toute la pathogénie du stridor congénital à une compression trachéale d'origine thymique, comme, après AVELLIS, a essayé de le faire surtout HOCHSINGER (suivi bientôt en cela par MARFAN), d'où le nom de stridor thymique donné par lui à l'affection, simplement parce que, grâce à la radiographie et à la percussion du thymus, il a trouvé constamment une augmentation de volume de cet organe chez les enfants atteints de stridor ; vouloir faire cette tentative, dis-je, c'est méconnaître les caractères cliniques et « phoniques » du stridor, qu'il décrit si bien et qui démontrent que ce stridor ne peut provenir d'une compression de la trachée semblable à celle que pourrait seulement exercer un thymus hypertrophié. Du reste, s'il en était ainsi, on ne pourrait s'expliquer la disparition complète du stridor après le tubage (VARIOT), lequel ne pourrait certainement faire disparaître les symptômes de sténose trachéale. Tous les arguments apportés par HOCHSINGER pour expliquer les anomalies du vestibule laryngé trouvées par lui dans ses cas, et pour soutenir qu'elles sont dues à une simple aspiration de l'épiglotte provoquée par la sténose trachéale sous-jacente, admettant ainsi un double foyer de production du bruit, un, profond, intra-trachéal et un autre, superficiel et vestibulaire, tous ces argu-

ments, dis-je, ont je ne sais quoi d'artificiel qui contraste, soit avec les observations soigneuses des auteurs précédents, soit avec le fait objectif lui-même.

D'autre part, laissant de côté la question non encore résolue de savoir si un thymus hypertrophié peut comprimer la trachée, il est certain que, si ce fait était constant, les cas de mort subite par hypertrophie du thymus devraient être bien plus fréquents.

Donc le bruit de stridor laryngé congénital n'étant pas d'origine trachéale, ainsi tombe l'ingénieuse hypothèse de HOCHSINGER que l'anomalie de conformation de l'épiglotte soit due à un fait d'aspiration et ne constitue pas une anomalie congénitale au vrai sens du mot.

En lisant avec soin la monographie d'HOCHSINGER, on voit assez nettement de quels artifices il a dû entourer ses recherches, du reste très dignes d'éloges et très soigneuses, pour arriver à une conclusion aussi absolue et aussi criante, mettant à l'index tous les critères fournis par les caractères cliniques et phoniques du stridor congénital.

En concluant, il me semble, et en ceci je suis entièrement d'accord avec le Prof. MASSEI, que, d'après tous les caractères du stridor laryngé congénital cités plus haut, on ne puisse méconnaître son origine mécanique. L'influence exercée par le système nerveux sur la genèse du stridor, facteur invoqué par THOMSON, ne peut pas, certes, être mise de côté; en sa faveur parle le phénomène décrit de la coïncidence du stridor avec des convulsions éclamptiques, le spasme de la glotte, le type respiratoire de Cheyne-Stokes et un sanglot revenant par accès comme dans les deux cas rapportés par BIAGGI. Évidemment, ce peut être un état concomitant ou prédisposant, comme on voudra, car, on sait que le système nerveux des enfants, très impressionnable, répond par des réflexes à des excitations très légères; mais, ce ne peut être la cause immédiate et efficiente. Le stridor laryngé congénital est, en effet, comme je disais plus haut, une maladie à terminaison presque toujours favorable, puisqu'à partir du sixième mois à peu près, il commence habituellement à diminuer d'intensité pour disparaître ensuite graduellement: et parfois exceptionnellement, il disparaît brusquement au cours de la deuxième année sans aucune intervention active.

De tout ce que j'ai exposé dans les pages précédentes, il me semble qu'on peut tirer les conclusions générales suivantes:

1° Il faut distinguer une forme de stridor laryngé, de nature congénitale, qui constitue une entité morbide en soi et qui a pour base anatomo-pathologique un vice de conformation du vesti-

bule du larynx : épiglote, replis aryténo-épiglottiques, fente glottique, en un mot vice de conformation de l'espace sus-glottique.

2° Il faut séparer nettement de cette forme une autre qui a, en apparence seulement, une grande analogie avec la précédente, mais s'en différencie en ce qu'elle n'est pas congénitale, et aussi par le timbre du bruit respiratoire et aussi parce qu'elle est de nature secondaire et en relation avec d'autres états pathologiques (végétations adénoïdes, rhino-pharyngite, hypertrophie du thymus, adénopathies trachéo-bronchiques, tumeurs du médiastin). Ce qui caractérise cette forme secondaire du stridor, c'est son apparition par accès, sa disparition rapide quand on peut supprimer la cause qui la provoque. Ordinairement, comme il s'agit là d'une sténose sous-glottique par compression, elle s'associe à des rétractions inspiratoires soit du thorax, soit des fosses sus et sous-claviculaires et à de la cyanose plus ou moins marquée.

3° On ne peut pas exclure de la genèse du stridor laryngé congénital une influence concomitante du système nerveux.

4° Le pronostic du stridor laryngé congénital est en lui-même favorable. Les cas de mort, relativement rares, sont d'ordinaire dus à des maladies accidentelles concomitantes ou intercurrentes le plus souvent une pneumonie (observation personnelle) ou une broncho-pneumonie, qu'on peut expliquer par une prédisposition locale due à la malformation congénitale du vestibule du larynx.

OBSERVATION I. — Sais Mario, de Naples, fils d'Alphonse Sais. Issu de parents sains, sans hérédité syphilitique ou tuberculeuse. C'est le troisième des enfants de la seconde femme. Tous les autres enfants sont vivants et de constitution robuste.

L'enfant est bien développé, la conformation du squelette est normale, pas de trace de scrofule.

Les parents racontent qu'une dizaine de jours environ après la naissance, ils s'aperçurent que l'enfant présentait une respiration bruyante peu marquée au début, mais qui alla graduellement en s'accroissant, de telle sorte que le bruit s'entendait à travers la cloison dans la chambre contiguë à celle où dormait l'enfant.

Deux médecins le virent; l'un d'eux n'attachait pas d'importance particulière au phénomène. Le second pensa à une lésion syphilitique probable, malgré l'absence de toute infection antérieure de ce genre chez les parents. L'enfant fut alors et sans résultat, soumis au traitement spécifique. Le père, vers la fin d'août 1903, l'enfant étant âgé de 5 mois, voulut prendre les conseils autorisés du prof. Massei. Ce dernier, étant donnés les caractères du bruit et les renseigne-

ments fournis par l'exploration digitale du pharynx et de l'épiglotte, émit le diagnostic de stridor laryngé congénital par malformation du vestibule du larynx; il donna seulement au père des conseils hygiéniques et prescrivit un traitement purement expectatif. Un mois après, je fus invité à voir l'enfant lequel avait, pendant quelque temps, à l'occasion de légers troubles dyspeptiques continué le traitement antisiphilitique. Je constatai l'existence du stridor signalé par le prof. Massei; cependant, comme l'affirmait le père, il avait beaucoup diminué et ne s'accroissait un peu que lorsque l'enfant criait et pleurait, tandis qu'il disparaissait tout à fait ou presque quand l'enfant était tenu en position demi-assise. Je constatai l'absence de végétations adénoïdes; il y avait une légère rétraction inspiratoire au cou, mais pas de trace de cyanose. La percussion de la poignée du sternum donnait un bruit parfaitement clair.

Un mois plus tard encore, l'enfant ayant sept mois, vers la fin d'octobre, on m'appela d'urgence le soir pour le revoir *in extremis*. Je constatai une pneumonie lobaire à la base des deux poumons avec gêne respiratoire très marquée, cyanose des lèvres, des joues, température supérieure à 40°, profonde adynamie, et à mon grand étonnement, je notai la *disparition complète du stridor*. Malgré un traitement excitant énergique, interne et hypodermique, le bain sinapisé avec affusions froides, les inhalations d'oxygène, etc., l'enfant mourut aux premières heures du jour qui suivit ma visite.

OBSERVATION II. — Luigi Solaro, 6 mois 1/2, de Naples. La mère est morte il y a deux mois d'une affection cardiaque grave. Le père est en bonne santé et de constitution robuste. Un frère et une sœur plus âgés sont aussi en bonne santé. L'enfant est bien développé, sain. Organes internes normaux.

Le père vient vint me consulter pour cet enfant le 11 septembre 1904, disant que depuis les premiers jours de la naissance, l'enfant présentait la respiration bruyante pour laquelle il me le conduisait.

Dans ce cas aussi on avait essayé, sans résultats, un traitement antisiphilitique. Un autre médecin avait pensé à une trachéo-bronchite; mais, étant donné le résultat négatif, on avait suspendu les soins. Je notai le bruit inspiratoire caractéristique et à l'exploration digitale de la gorge je constatai un rapprochement des bords de l'épiglotte avec rétrécissement consécutif de la fente glottique. Pas de végétations adénoïdes, pas de matité au niveau du sternum, pas de phénomènes de stase dans les veines et les lymphatiques du cou. Je posai donc le diagnostic de stridor laryngé congénital. Le père m'affirma que le stridor persistait, sans interruption, la nuit comme le jour, et durant le sommeil il devenait tellement fort qu'il troublait le repos des parents.

Le stridor avait les caractères suivants : il était exclusivement inspiratoire, accompagné d'une forte rétraction du cou et du thorax, comme dans une sténose laryngée diphtérique, mais sans traces de cyanose; la voix était claire.

Je conseillai un traitement d'expectation et l'emploi de préparations bromurées quand le bruit s'accroissait beaucoup.

J'ai suivi la marche du stridor chez cet enfant; j'ai pu observer l'affaiblissement progressif du syndrome clinique. Aujourd'hui (avril 1905), l'enfant, âgé de 14 mois, reste plusieurs heures du jour et de la nuit sans présenter le moindre signe de stridor.

BIBLIOGRAPHIE

- AVELLIS. Was ist der sog. typische inspiratorische Stridor der Säuglinge *Münch. mediz. Wochenschr.*, 1898, n° 30 et 31. V. aussi *Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*. 8. Bd., 2. H., 1898, p. 36.
- AVELLIS. Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod, verursacht durch (vicariirende) Thymusvergrößerung bei rudimentär kleiner Milzanlage. *Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*. 8. Bd., I, H., 1898, p. 159-167.
- BOULARD. De la respiration stridoreuse chez les nourrissons. *Thèse de Paris*, 1904.
- BRUDER. Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons. *Thèse de Paris*, 1901.
- CERF. Le stridor congénital. Congrès de Nantes, 24 septembre 1901. *Anjou médical*, septembre 1901. *Archives de médecine des enfants*, décembre 1901, p. 718.
- C. CHAUVÉAU. *Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, janvier-février 1904.
- CLARKE. *The Lancet*, juin 1895, p. 1605.
- COMBY. Respiration stridoreuse des nouveau-nés. *Archives de médecine des enfants*, avril 1898. *Traité des maladies de l'enfance*, 3^e édition, p. 486. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, octobre 1900.
- CROSBY-GREENE. Congenital inspiratory stridor. *The Boston medic. and Surgic. Journal*, 11 juin, 1903, n° 23.
- GASTOU. La toux nocturne spasmodique émetisante et le coryza des nouveau-nés. *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, décembre 1896.
- GAY. On laryngismus. *Brain*, janvier 1890.
- GEE. Croaking respiratory spasm. *Saint Bartholomew's Hospital reports.*, vol. XX, 1884, p. 15.
- GEFRIER. L'adénopathie bronchique chez les nouveau-nés. *Revue des maladies de l'enfance*, 1892.
- GOODHART. *Traité pratique des maladies des enfants*. Traduction française de VARIOT et FOLLENFANT, 1895, p. 261 et 263.
- GUIDA. Lo stridore congenito dei bambini. *Archivio di pathologia e clinica infantile*, janvier 1903, n° 1.
- GUILBERT. Contribution à l'étude de la respiration stridoreuse chez les nouveau-nés. *Thèse de Paris*, 1900.
- GUINON. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, octobre 1900.
- HAUSHALTER. Présentation de pièce (Stridor laryngé congénital). *Société de médecine de Nancy*, 24 juin 1903.
- HELFT. Krampf und Lähmung der Kehlkopfmuskel. Berlin, 1852. Verlag von Aug. Hirschwald.
- HERZFELD. Vorstellung eines Falles von angeborenem Larynxstridor. *Verein für innere Medizin in Berlin*, 22 novembre 1897. V. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1897, n° 33, Vereinsbeilage, p. 237.
- HILL W. *Revue hebdomadaire de laryngologie, etc.*, de Moure, t. II, p. 321. *Compte rendu de la Société de Laryngologie de Londres*, 3 février 1899.

- HOCHSINGER. Stridor congenitus und Thymushypertrophie (mit Röntgenbildern), XX. *Versammlung der Gesellschaft f. Kinderheilk. auf die 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in. Cassel.* Sitzung vom 22. September 1903.
- HOCHSINGER. Stridor thymicus infantum. *Eine pädiatrisch-radiologische Studie.* Wien, 1904.
- KOPP. Asthma thymicum in Denkwürdigkeiten. *Naturforscherversammlung zu Heidelberg.* 1829, et *Aerztliche Praxis*, Frankfurt-a. M., 1830.
- KOPP. *Gaz. médic. de Paris*, 1836, p. 17.
- KRISHABER. Article Cornage du *Dictionnaire de Dechambre*, 1877.
- LACK. Adenoïd vegetations and laryngeal stridor. *The Lancet*, 26 mars 1898.
- LEES. Forme particulière d'obstruction respiratoire. *Transactions of the Pathological Society of London*, vol. XXXIV, 1883, p. 19.
- LÉVY et ÉTIENNE. Un cas de rétrécissement congénital du larynx. *Revue médicale de l'Est.* 1887.
- LÖRL. *Allgemeine Wiener mediz. Zeitung.*, 9 décembre 1890, n° 49.
- LUNGHINI, MASSEI, BIAGGI. Nosografia del cosiddetto stridore laringeo congenito. Relazioni presentate all' VIII° Congresso della Società italiana di Laringologia, otologia e rinologia. Siena, Settembre 1904. Napoli, Tipografia E. Pietrocola, 1905.
- MAC BRIDE. Adenoïd growths in children. *The Lancet*, 1-15 juin 1895. Diseases of the throat, nose and ear. Edinburgh, 1895, p. 1347 and 1542.
- MAC ILRAITH. *Lancet*, 28 avril 1900, p. 1207.
- MACKENZIE. *Traité pratique des maladies du pharynx, du larynx et de la trachée.* Traduction française de Moure et Berthier, 1880.
- MARFAN. Cornage congénital chronique, hypertrophie du thymus et syphilis héréditaire. Société de Pédiatrie de Paris. Séance du 20 décembre 1904.
- MARTIN. Du stridor laryngé congénital des nourrissons. *Thèse de Bordeaux*, 1902.
- MATHIEU. Du stridor laryngé congénital. *Thèse de Nancy*, 1903.
- MENSI. Lo stridore laringeocongenito. Comunicazione alla Sezione piemontese della Società italiana di Pediatria. IV^a adunanza dell' 11 Giugno 1904.
- MILLON. La toux pharyngée chez les enfants. *Journal de médecine*, Paris, 1896.
- MOURE. Présentation d'un enfant guéri de coassement des nouveau-nés, après l'ablation de ses végétations adénoïdes. Société de médecine de Bordeaux, mars 1898.
- MUGGIA. Discussione sulla comunicazione del Mensi. *Ibid.*
- NATIER. A propos de l'article de MM. THOMSON et TURNER sur l'étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant. *La Parole*, août 1901.
- NEWCOMB. *Medical Record*, 25 juillet 1903, p. 127.
- POLITZER, MAX. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXI, Bd., 1. H., 1884, p. 18.
- REFSLUND. Ueber Respirationsstörungen in Folge von Missbildung der Epiglottis. *Münch. mediz. Wochenschr.*, 1896, n° 48.
- RILLIET. *Schweizer Zeitschr. f. Medizin*, 4. Heft, 1851.
- RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies de l'enfance*, 1853, p. 485.
- ROBERTSON. Posticus paralysis in infant. *Journal of Laryngology and Rhinology*, octobre 1891.
- ROCAZ. Note sur deux cas de stridor congénital. Congrès de Nantes, 24 septembre 1901. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février-mars 1901.
- SEMON. *British medical Journal*, t. I, 1890, p. 507.
- Arch. de Laryngol.*, 1905. N° 4.

- SEMON. Handbuch der Laryngologie von Heymann, I. Bd., 1896, p. 758.
- SMITH. E. Adenoid growths and laryngeal stridor. *The Lancet*, 25 mai et 8 juin 1895, p. 1298 et 1460. *Ibid.*, mars 1898.
- STAMM. Ueber congenitaler Larynxstridor. *Münch. mediz. Wochenschr.*, 1898, n° 38 et *Archiv f. Kinderheilk.*, 1900.
- SUCKLING. Congenital laryngeal stridor. *British med. Journ.*, vol. I, 1890, p. 607.
- SUTHERLAND et LACK. Congenital laryngeal obstruction. *The Lancet*, 11 septembre 1897.
- THOMSON. On infantile respiratory spasme. *Edinburgh medical Journal*, septembre 1892, p. 205-216.
- THOMSON. Article : Stridor des nouveau-nés in *Traité des maladies de l'enfance* de GAUCHER et COMBY. 2^e édition, 1904, vol. III, p. 113.
- THOMSON et TURNER. On the causation of the congenital stridor of infants. *British medic. Journal*, 1^{er} décembre 1899.
- VARIOT. *Journal de clinique et thérapeutique infantiles*, 18 juin 1896, p. 503. — Spasme glottique d'origine pulmonaire. *Ibid.*, 1897. — Un cas de respiration stridoreuse des nouveau-nés avec autopsie. Société médicale des Hôpitaux, 27 mai 1898 et *Jour. de clin. et therap. infantiles*, 9 juin 1898, p. 441. — Un cas de stridor congénital. *Revue pratique d'Obstétr. et de Pédiatrie*, mai-juin 1901. — Un cas de stridor laryngé congénital. *La Médecine moderne*, 7 janvier 1903.
- VARIOT et GLOVER. Considérations générales sur les laryngites de l'enfant. *Journ. de clin. et de therap. infantiles*, novembre 1896.
- VARIOT et LE MARC' HADOUR. Un cas de stridor congénital avec examen objectif. Soc. de Pédiatrie de Paris, octobre 1900.
- VARIOT et BROUDER. Stridor laryngé congénital. *Archives internationales de Laryngol.*, etc., vol. XVI, et Congrès international de médecine de Madrid (Section d'oto-rhino-laryngologie), 23-30 avril 1903.

(Traduit par MENIER, de Figeac).

VI

UN CAS DE GLOSSITE BASIQUE PHLEGMONEUSE¹

Par **E. ESCAT** (de Toulouse).

Sur le déclin d'une angine catarrhale aiguë sans gravité, un homme de 35 ans est repris de mal de gorge, de dysphagie et de fièvre; dès le lendemain il s'alite, et à partir de ce moment les symptômes subissent une accélération rapide.

Trois jours après, je suis appelé auprès de lui par son médecin traitant qui soupçonne une angine grave.

Le malade accuse de la céphalalgie, de l'insomnie, une dysphagie excessive et une douleur intense, occupant les régions profondes de la gorge. Le thermomètre donne 39°5, le pouls 110. Pas de troubles respiratoires, mais la voix est étouffée et inintelligible comme dans les affections graves de la langue et du plancher lingual; il y a une véritable anarthrie; la région sus-hyoïdienne paraît un peu surbaissée, mais à la palpation, elle se montre souple et non infiltrée; comme adénopathie franchement perceptible, je ne constate qu'une hypertrophie des ganglions sus-hyoïdiens médians. Pas de trismus comme on en constate dans la périamygdalite phlegmoneuse; le malade ouvre donc la bouche avec facilité, mais il est dans l'impossibilité presque absolue de tirer la langue au dehors. Haleine forte comme dans les angines phlegmoneuses, mais non fétide; langue fortement saburrale. Le plancher lingual, exploré à l'aide du toucheur combiné à la palpation, se montre souple et non infiltré dans toute son étendue.

La dépression de la langue avec l'abaisse-langue provoque une vive douleur, surtout du côté droit, où elle se pratique avec quelque difficulté.

L'oro-pharynx est injecté, mais ne présente aucun signe de lésion phlegmoneuse: ni amygdalite, ni périamygdalite; pas de soulèvement rétro-pharyngé pouvant faire penser à un adéno-phlegmon rétro-pharyngien.

Par élimination je pense à une amygdalite phlegmoneuse linguale. Pour explorer la surface de la base de la langue, la traction linguale étant impossible, j'ai recours à l'emploi de l'abaisse-langue laryngoscopique. Cette exploration, extrêmement difficile et douloureuse, me montre la moitié droite de la base de la langue plus voussurée que la gauche; la partie sous-jacente de l'épiglotte est même un peu voilée par cette voussure; mais ce cartilage ne présente aucune infiltration; le larynx ne présente non plus aucune lésion.

1. Communication à la Société française d'otologie et de laryngologie. Paris, 9 mai 1905.

Le toucher pharyngien ne me fait découvrir aucun point fluctuant sur la surface voussurée de la base de la langue.

Néanmoins, devant cet ensemble symptomatique, je crois à une amygdalite phlegmoneuse linguale.

Comme traitement, je prescris des gargarismes au phéno-salyl, des vaporisations phéniquées et des douches pharyngées très chaudes; ces dernières, mal tolérées, sont rapidement supprimées.

Le lendemain, même état, avec accentuation de la douleur et de la dysphagie. La recherche de la fluctuation dans la région de l'amygdale linguale droite reste encore négative; la consistance de la langue en ce point est plutôt ligneuse. Il n'y a pas de troubles respiratoires, mais désirant les prévenir, et craignant un œdème de l'épiglotte et de la région sus-glottique, j'entrevois l'urgence possible, d'un moment à l'autre, d'une intervention par voie sus-hyoïdienne et peut-être d'une trachéotomie.

Le surlendemain, les symptômes subjectifs sont restés stationnaires; la douleur cependant semble avoir un peu diminué, mais en raison de l'insomnie et du défaut d'alimentation, l'affaiblissement s'est accentué et le pouls est plus déprimé.

L'existence d'un foyer purulent paraît évidente, l'ouverture s'impose.

Renouvelant l'examen bucco-pharyngien, je remarque que la face dorsale de la langue est plus surelevée que la veille, surtout du côté droit où elle se rapproche de la voûte palatine; l'abaisse-langue la déprime plus difficilement encore que la veille; devant ce signe, j'abandonne le diagnostic d'amygdalite phlegmoneuse linguale pour celui de glossite basique.

Explorant de nouveau le plancher lingual, je le reconnais souple dans presque toute son étendue; toutefois dans sa partie postérieure, à droite, il paraît infiltré, ainsi que la partie postérieure de la face latérale droite de la langue; à ce niveau je constate une voussure rénitente qui semble abriter une collection profonde: l'existence d'un abcès intralingual n'est plus à discuter.

Engageant d'une part l'index de la main gauche dans la région sous-angulo-maxillaire en dedans du ganglion de Chassaignac, et comprimant d'autre part la voussure latéro-linguale avec l'index de la main droite, j'ai l'impression d'une collection comprise entre ces deux points. La compression pratiquée dans ces conditions réveille une douleur très vive. Le foyer phlegmoneux étant reconnu, à quelle méthode devais-je recourir pour l'ouvrir?

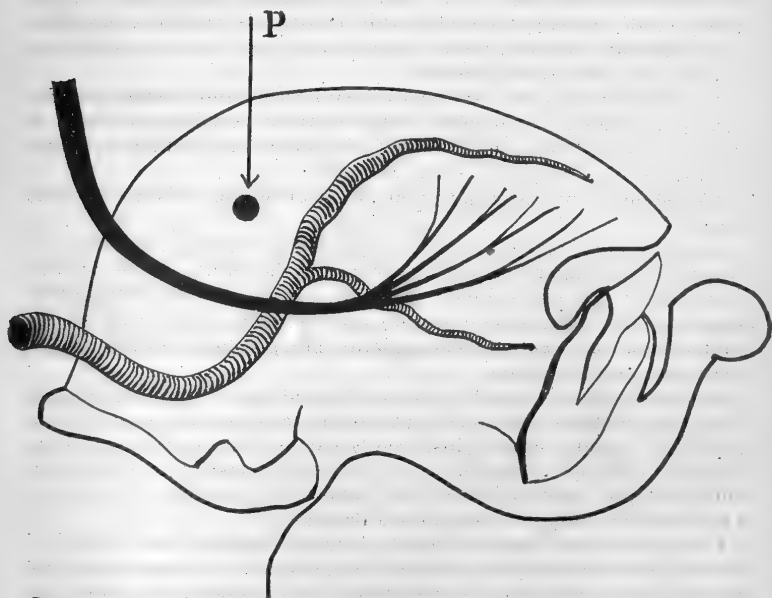
a) Je crus devoir éliminer la méthode des incisions dorsales de la base de la langue qui, pour être efficaces, auraient dû être très profondes et par suite peu prudentes.

b) Je rejetai également la voie sublinguale médiane en raison de la distance considérable qui séparait le foyer de l'incision.

c) La voie chirurgicale par la région sus-hyoïdienne me paraissait bien indiquée; elle présentait bien toutes les garanties désirées; toutefois, en raison de la profondeur du foyer, elle pouvait être assez

difficultueuse sans anesthésie générale, et il y avait un réel intérêt à éviter cette dernière. Avant d'y recourir, je crus pouvoir tenter une autre méthode : l'ouverture extemporamée par la voie latéro-linguale.

Le soulèvement rénitent que présentait en effet le foyer phlegmonieux sur la partie postérieure de la face latérale droite de la langue tentait en effet le bistouri ou le trocart. Je donnai la préférence à ce dernier, en raison de la vascularité de l'organe et aussi du danger possible d'intéresser avec le bistouri quelque élément anatomique important, étant donnée la profondeur à laquelle il faudrait peut-être pousser l'instrument. Cette ponction me paraissait en outre justifiée par une circonstance spéciale : le point où elle devait être pratiquée répondait précisément à une région peu dangereuse.



Coupe schématique. Cliché montrant les rapports du nerf lingual et de l'artère linguale avec le lieu d'élection de la ponction de la base de la langue.

Si on veut bien se reporter aux notions topographiques schématisées par la figure ci-jointe, on verra que la ponction latérale de la base de la langue peut être faite sans danger; il existe, en effet, dans le plan vertical, sur la face latéro-linguale, une aire triangulaire non dangereuse, limitée en arrière par la courbe que décrit le tronc du nerf lingual, et en avant par celle de l'artère ranine prolongeant l'artère linguale.

Le trocart engagé sur le point figuré dans notre schéma laisse

donc le lingual en arrière, en bas et en dehors de lui et l'artère ranine en avant; quant au canal de Warthon et à l'hypoglosse, ils passent bien au-dessous, sans qu'il y ait lieu de s'en préoccuper.

Le point d'élection de la ponction paraît siéger dans les conditions normales vis-à-vis la dernière molaire inférieure et à un centimètre au-dessus de son niveau; en cas de soulèvement de la langue par le foyer phlegmoneux, ce point est beaucoup plus élevé; mais après l'évacuation de la collection et la résolution de l'œdème périphérique, l'orifice de la ponction redescend au niveau de la dernière molaire.

C'est donc en ce point que je ponctionnai à l'aide d'un gros trocart de Krause, dirigeant l'instrument vigoureusement *en arrière, en dedans, et enfin en bas vers le plan médian de l'organe.*

Il pénétra facilement de 3 à 4 centimètres et donna issue à un flot de pus bien lié et très fétide, dont la quantité peut être évaluée à celle de trois verres à liqueur environ.

Grâce à l'anesthésie préalable avec la cocaïne et l'adrénaline, la ponction fut très facilement supportée; le malade fut immédiatement soulagé; quand je l'eus quitté, il eut par l'orifice de la ponction une nouvelle évacuation purulente beaucoup plus abondante que la première.

Dès le lendemain le malade se sentait guéri. Après trois injections quotidiennes du foyer à l'eau oxygénée, tout rentra dans l'ordre.

Cette observation m'a paru intéressante à deux points de vue :

1^o Comme contribution à l'étude de la glossite basique phlegmoneuse latérale dont la symptomatologie est encore insuffisamment précisée, cette affection ayant été souvent confondue avec les diverses angines phlegmoneuses, et peut-être aussi avec l'amygdalite phlegmoneuse linguale et les phlegmons circonscrits postérieurs du plancher lingual. Avouons d'autre part que notre observation n'éclairera sans doute pas beaucoup l'anatomie pathologique de la glossite basique phlegmoneuse latérale, car seule la nécropsie pourra nous apprendre si le phlegmon a pour foyer l'espace cellulaire compris entre l'hypoglosse et le génio-glosse, au-dessous du lingual supérieur; cet espace, où cheminent l'artère linguale et des veines, est aussi parcouru par des troncs lymphatiques importants qu'il serait assez légitime d'incriminer dans la genèse de l'abcès intra-lingual.

Dans notre observation, la glossite s'est montrée manifestement secondaire à une angine catarrhale, qui ne va guère sans amygdalite linguale et sans infection de la muqueuse de la base de la langue.

Faut-il se demander, d'autre part, si le groupe glandulaire de Weber, enfoui dans l'épaisseur des muscles stylo-glosse et palato-glosse et répondant à l'extrémité latérale du V lingual, ne pourrait pas être le siège d'une glandulite suppurée en imposant

pour une glossite : la première hypothèse nous paraît toutefois plus plausible.

Le deuxième côté intéressant de notre observation est enfin l'excellent résultat donné par la ponction latéro-linguale, procédé qui, en raison de son innocuité et de sa grande simplicité technique, nous paraît devoir être tenté dans tous les cas semblables.

VII

QUELQUES REMARQUES SUR UN CAS DE CHOLESTÉATOME PUBLIÉ L'ANNÉE DERNIÈRE

Par **William H. DUDLEY** (d'Easton, Penna, V. S. A.)

Dans la discussion qui a suivi la lecture de la communication intitulée « Relation d'un cas de cholestéatome », dans la section Est de la Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie à Fall River, l'année dernière, on a surtout traité la question de savoir comment on peut guérir une plaie laissée par l'extirpation d'une tumeur. En effet, après l'extirpation de la masse cholestéatomateuse, il restait une cavité mesurant 8 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, 7 centimètres dans son diamètre vertical et de 2 à 4 centimètres de profondeur ; au fond on voyait une assez grande surface de la dure-mère ; la plaie au surplus semblait ne pas vouloir se cicatriser, car la granulation ne se faisait pas bien. De plus l'expérience nous a appris que, par de fréquents lavages, on peut maintenir une propreté suffisante de la plaie ; mais si on laisse cette plaie à elle-même, seulement pendant deux ou trois jours, on voit la muqueuse rester sèche et commencer à se couvrir de tissus ressemblant à ceux que l'opération a enlevés, qui ne tardent d'ailleurs pas à se décomposer.

Dans la discussion, parmi diverses autres méthodes, on nous a conseillé surtout d'avoir recours aux greffes de Thiersch, de faire une opération radicale et de fermer l'ouverture extérieure. C'est pourquoi nous avons tenté de pratiquer quelques greffes sur la surface externe de la dure-mère. Cette membrane fut grattée, raclée, une portion de sa surface fut ainsi mise à nu aseptiquement et on y appliqua une petite greffe de Thiersch selon le mode habituel, mais elle n'adhéra pas. Croyant avoir commis quelque faute de technique, nous répétâmes cette manœuvre trois ou quatre fois, avec toujours plus de soin et plus de peine, mais le résultat fut identique.

Alors nous examinâmes le cas, en tenant compte des conseils

1. Communication à la section Est de la Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie, 4 février 1905.

qu'avait bien voulu nous donner le Dr Dench : il s'agissait pour nous d'oblitérer la cavité en enlevant tous les os la recouvrant et en même temps de faire une opération radicale, unissant cette cavité avec celle de l'oreille moyenne. C'est ce que nous avons fait. Nous avons enlevé les os craniens sur une très grande étendue et nous avons ravivé les bords de la plaie ancienne ; de plus, nous avons très soigneusement disséqué l'épicrâne sur une profondeur d'environ 3 centimètres afin d'empêcher une trop forte tension dans les sutures ; ensuite nous avons réuni le tout par des sutures interrompues. Nous avons ensuite irrigué largement et entretenu la propreté de la plaie jusqu'à ce qu'il y eut réunion parfaite et nous avons exercé en même temps une certaine compression sur les tissus mous derrière l'oreille, afin d'assurer autant que possible une adhérence exacte de la dure-mère et des tissus mous situés au-dessus d'elle. Quelques semaines de ce traitement nous ont montré deux choses : il faut remarquer d'abord que la cicatrice formée par la réunion des parties superficielles devient très mince et est souvent suivie de la formation d'un trajet fistuleux derrière l'oreille, et ce trajet peut se transformer en une cavité qui peut acquérir des dimensions considérables (20 à 25 millimètres de diamètre) ; l'inspection montre alors que la dure-mère et les tissus sus-jacents n'adhèrent pas et que c'est une membrane semblable qui couvre la dure-mère et la surface proximale des autres tissus. Comme les tissus superficiels avaient été comprimés sur la dure-mère, depuis la seconde opération, l'ouverture qui restait était très étroite, mais presque aussi étendue qu'avant. La surface supérieure est restée propre aussi longtemps qu'on l'a nettoyée et irriguée, mais si on l'avait laissée sans soins pendant trois ou quatre jours, elle aurait été recouverte d'une membrane brunâtre prompte à se décomposer. Comme l'union de la dure-mère et des autres tissus était peu probable, il parut plus raisonnable de refermer l'ouverture et d'enseigner au malade à s'irriguer lui-même sa plaie aussi longtemps que ce serait nécessaire. C'est pourquoi tout le côté de la tête a été rasé, puis j'ai ravivé les bords de la plaie et j'ai disséqué une portion du scalp de la région pariétale, qui s'étendait environ à 7 centimètres au-dessus de l'ouverture ; je l'ai rabattue et suturée en bas et en avant, tout en laissant libre la portion supérieure de façon à ce qu'il n'y ait pas de traction sur la cicatrice. Toute la surface était à peu près recouverte : il restait cependant en arrière un espace triangulaire où j'ai mis des greffes de Wolf prises sur la cuisse. Il n'y eut aucune suite

opératoire. Au bout de quatre ou cinq jours, le malade était debout et il quittait l'hôpital au bout d'une semaine. La plaie guérit par première intention et, quoiqu'une partie des greffes n'ait pas tenu, le résultat définitif a été très satisfaisant et le patient a pu reprendre son travail au bout de quatre semaines.

Pendant la seconde opération, lorsque j'ai enlevé une notable surface du crâne, de façon à découvrir toute la dure-mère recouverte de cholestéatome, il m'a semblé utile d'étendre le délabrement osseux jusqu'au canal auditif, en enlevant toute la pointe de la mastoïde. A ce moment on a examiné minutieusement la face pour voir si je n'intéressais pas le facial pendant mon intervention ; on n'a rien remarqué ; néanmoins, lors du réveil après l'éthérisation, le malade avait une paralysie faciale complète. En tenant compte de la grande portion d'os que j'ai enlevée, je crois que non seulement j'ai intéressé le facial, mais que j'en ai enlevé une grande partie.

Depuis la dernière opération, le malade vient de temps en temps nous voir ; sa paralysie est très améliorée ; cependant elle n'a pas complètement disparu ; c'est ainsi qu'il ne peut ni siffler, ni cracher. Lorsqu'on lave la plaie, on ramène bien de temps en temps quelques parcelles de cholestéatome, mais elles deviennent de plus en plus rares ; il est donc permis d'espérer que la membrane muqueuse du tympan s'étendra en arrière et remplacera peu à peu la membrane qui tapissait la cavité cholestéatomeuse : si cela pouvait arriver, ce serait la guérison définitive. Quant à l'ouïe de ce côté, elle est pour la montre de 12/70 ; la voix haute chuchotée est entendue à dix pieds.

(Traduction par A.-R. SALAMO).

VIII

ULCÈRE RONGEANT DE LA FACE A MARCHE RAPIDE CHEZ UN MALADE AYANT PRÉSENTE UNE ULCÉRATION NARINAIRE TROPHIQUE

Par **HÉLOT** (de Rouen).

OBSERVATION. — B., 67 ans, distributeur de journaux, vient nous consulter en septembre 1902 ; cet homme n'a jamais été malade. Sa profession est fatigante ; il se lève tous les jours à trois heures du matin, et fait une tournée de distribution qui dure neuf heures environ ; ayant une grande quantité de journaux à remettre il est obligé de traîner une charrette assez lourde.

B., jusqu'à ces derniers mois, a joui d'une santé excellente ; mais depuis trois mois il se fatigue rapidement ; il a des vertiges passagers ; dans la journée il est somnolent, ce qui ne lui arrivait jamais autrefois, et pendant le cours de sa distribution, il est parfois pris d'un besoin irrésistible de sommeil, alors il s'assoit là où il se trouve, sur le bord d'une route, par exemple, et il s'endort. Depuis six ou sept ans, B... trouvait qu'il avait une jambe un peu plus faible que l'autre, mais il n'a jamais présenté de troubles dans la marche, et actuellement sa démarche n'a aucun caractère particulier. Il y a environ deux ou trois ans, B... a senti des fourmillements dans la joue gauche pendant plusieurs mois, il se réveillait souvent la nuit, croyant avoir un insecte qui courait sur sa joue, et depuis cette époque il se plaint de névralgies dans ce côté de la face. Il nous raconte également, que depuis plusieurs années il écorchait un petit bouton qu'il avait sur l'aile du nez à gauche ; et c'est à ce sujet qu'il vient nous consulter.

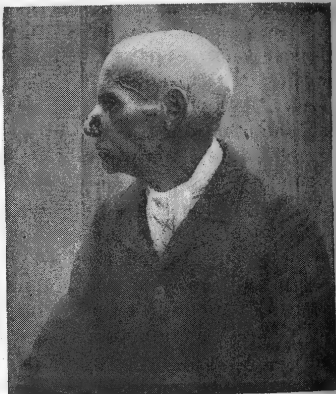
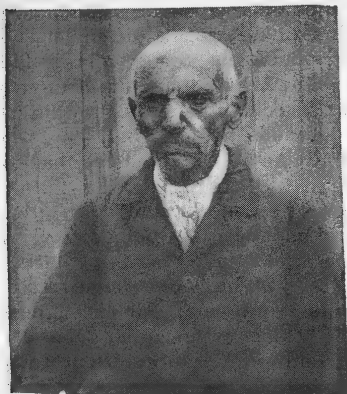
Actuellement, ce malade présente une ulcération de l'aile gauche du nez présentant des caractères particuliers que nous signalerons tout à l'heure. B... nous affirme qu'il y a trois semaines son nez était normal (sauf le bouton) et que l'ulcération s'est produite en quelques jours.

L'aile du nez est détruite dans toute son épaisseur par une ulcération régulièrement circulaire, dont les bords taillés à pic ne présentent ni végétation, ni induration ; l'aile du nez paraît avoir été enlevée avec une pince emporte-pièce. Cette ulcération de la grandeur d'une pièce d'un franc est comblée par une plaque sèche, noirâtre, adhérente aux bords de l'ulcération en plusieurs points. La peau du nez et de la joue a conservé son aspect normal jusqu'aux bords de l'ulcération. Il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions. Les fosses

nasales sont normales. Pas de sécrétion, pas de pus, pas d'odeur fétide.

Depuis neuf mois, B... a une paralysie faciale gauche périphérique, qui s'est établie lentement. La joue gauche est pendante ; la commissure labiale abaissée ; la paupière inférieure en ectropion ; l'orbiculaire est paralysé et les plis du front sont effacés. Cette paralysie produit des troubles fonctionnels ; on comprend difficilement ce que dit B..., la mastication est difficile, les aliments s'amassent entre la joue gauche et les arcades dentaires ; la salive s'écoule constamment par la commissure labiale gauche abaissée. Mais B... ne présente pas de troubles de la déglutition.

Du côté des organes des sens nous n'avons pas observé de troubles



Ulcération narinaire trophique,

dus directement à la paralysie faciale. L'audition est diminuée des deux côtés également, par une otite sèche ancienne. L'ectropion de la paupière inférieure a donné lieu à une conjonctivite. Il existe un large leucome adhérent de toute la moitié inférieure de la cornée. La sensibilité de la conjonctive est conservée ; il y a de l'hyperesthésie de la cornée. La vision est normale.

La sensibilité tactile est diminuée sur le nez à gauche et sur la joue de ce côté : et cette diminution de sensibilité existe également pour la chaleur et le froid.

Le réflexe rotulien est un peu exagéré à droite. Les urines sont normales.

En résumé B... présente : 1° une névralgie du trijumeau : 2° une paralysie faciale périphérique et 3° une ulcération narinaire ; ces trois affections du côté gauche de la face.

L'absence des caractères habituels de l'épithélioma nous fait écarter ce diagnostic, et nous considérons cette ulcération comme une

ulcération trophique due à la névralgie faciale. La névralgie du trijumeau et la paralysie faciale pouvant être dues à une tumeur cérébrale, bien que le malade n'ait jamais présenté de signes de syphilis, cette tumeur pouvant être une gomme, nous le soumettons au traitement spécifique. En même temps nous lui faisons appliquer des pansements humides sur l'ulcération nasale.

Sous l'influence des pansements la croûte noirâtre se détache et nous constatons que l'ulcération ne s'étend pas; elle conserve le même aspect pendant un mois.

Dans la seconde quinzaine d'octobre (deux mois après le début de l'ulcération), nous constatons que l'ulcération s'étend légèrement, mais ses caractères et l'aspect de la peau voisine sont toujours les mêmes.

Dans le cours du mois suivant l'ulcération gagne de plus en plus la peau saine, et nous constatons qu'elle s'arrête exactement à l'orifice osseux de la fosse nasale, et qu'elle a atteint la tête du cornet inférieur: les bords sont toujours nets et la peau voisine ne présente aucune réaction. C'est à cette époque que nous avons pris la photographie que nous reproduisons. Le traitement spécifique est abandonné.

Nous perdons le malade de vue pendant six mois, mais à la suite d'un entretien avec un de ses parents le malade vient nous trouver de nouveau, le 6 mai 1903.

L'ulcération s'est très étendue: tout le côté gauche du nez est détruit, l'affection s'arrête sur la face dorsale du nez par une ligne droite, elle n'empiète pas à droite: la cloison est perforée dans sa partie antéro-inférieure; la partie antérieure du cornet inférieur est détruite. Les bords de l'ulcération présentent toujours les mêmes caractères; la peau voisine n'est pas indurée; mais elle est légèrement rosée. B... se plaint de diminution de l'acuité visuelle, de faiblesse générale, de difficulté dans la marche et de névralgies rebelles dans le côté gauche de la face.

Notre diagnostic d'ulcération trophique est maintenu, mais nous pensons à la transformation de cette ulcération en épithélioma, bien que les caractères de cette affection ne se présentent pas chez notre malade.

Nous ne revîmes pas B... mais nous apprîmes par son entourage qu'il était entré à l'hôpital, et qu'il y était mort à la fin de novembre 1903, quinze mois environ après le début de l'ulcération. L'ulcération s'était étendue très rapidement, avait gagné le côté droit de la face, et les os de la face avaient été détruits en partie.

L'intérêt de cette observation malheureusement incomplète se trouve dans le diagnostic et la marche de la maladie.

Au début l'ulcération arrondie, à bords nettement taillés, sans bourgeons charnus, l'absence de réaction locale nous a fait écarter le diagnostic d'ulcération syphilitique, tuberculeuse ou épithéliomateuse.

Le malade ne présentait aucun signe de syphilis ; nous n'avons trouvé dans ses antécédents aucun symptôme de cette affection. Dans les ulcérations syphilitiques les bords sont taillés à pic, mais ils sont généralement infiltrés ; de plus ces ulcérations sont souvent multiples. La marche rapide de l'affection seule était en faveur de ce diagnostic. L'inefficacité du traitement spécifique nous a fait éliminer ce diagnostic. La syphilis tertiaire attaque d'ailleurs d'abord le squelette.

Les bords des ulcérations tuberculeuses sont décollés, déchiquetés, dentelés, indurés, la peau voisine est infiltrée. Le lupus débute généralement par la muqueuse, et si la peau s'ulcère, l'ulcération présente des caractères de l'ulcération tuberculeuse.

Un seul signe était en faveur du diagnostic d'épithélioma du nez : le début par un petit bouton que le malade a écorché. Mais l'aspect des bords de l'ulcération, qui n'étaient ni dentelés, ni surélevés, ni indurés, l'absence de bourgeons charnus et d'adénopathies pré-auriculaires ou sous-maxillaires, l'aspect normal de la peau voisine, nous a fait écarter ce diagnostic.

La perte de substance s'est produite d'emblée telle que nous l'avons constaté à la première visite du malade ; elle ne s'est accompagnée d'aucune douleur, et le malade n'est venu nous consulter que parce qu'il était ennuyé d'avoir une ulcération sur le visage. Pendant six mois l'ulcération a conservé tous ses caractères du début et ne s'est pas étendue. L'indolence de l'affection, l'absence de réaction inflammatoire, l'anesthésie de la peau étaient des signes en faveur d'une dystrophie. Nous avons fait le diagnostic d'ulcération trophique due à une névrite du trijumeau. Ce diagnostic a d'ailleurs été confirmé par nos confrères et amis les Docteurs Halypré, Nicolle et Petit qui ont examiné ce malade sur notre demande au point de vue de l'état général, de l'état local et des yeux.

L'ulcération trophique du début est après quelques mois devenue un ulcère rongeant auquel on ne peut donner le nom d'épithélioma.

Malheureusement nous n'avons pas vu le malade pendant cette période ce qui nous a empêché de faire l'examen histologique. L'extension rapide de cette ulcération bénigne a pu être favorisée par un traitement intempestif auquel le malade a pu être soumis pendant les mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, et par les lésions nerveuses.

Notre diagnostic d'ulcération trophique nous a fait rejeter toute intervention.

Il y a quelques mois MM. Marie et Guillaïn ont publié trois observations d'ulcérations narinaires unilatérales, qu'ils ont attribuées à la syphilis en même temps qu'à une lésion des cordons postérieurs de la moelle¹. M. Poirier a fait le sujet de sa thèse, de ces trois observations; il y a joint une observation de M. Giraudeau et une autre de M. Thibierge. Poirier considère ces ulcérations narinaires comme des troubles trophiques de la période préataxique, dus à une névrite du trijumeau². Nous avons demandé à notre collègue le Dr Halypré d'examiner notre malade au point de vue du tabes : il n'a trouvé chez lui aucun signe de cette affection. Notre observation ne peut donc être comparée à celles qui ont été rapportées dans le travail de Poirier.

L'ulcération trophique narinaire que nous avons constatée au début paraît rare : on peut la comparer aux maux perforants et à la kératite suppurative due à une névrite du trijumeau. Ce qui fait l'intérêt de l'observation que nous venons de rapporter, c'est d'abord la présence d'une ulcération trophique chez un malade ayant une névrite du trijumeau et une paralysie faciale; puis la transformation de cette ulcération en ulcère rongeur, et enfin la marche très rapide de cet ulcère ayant amené la mort du malade en six mois. Cette observation bien qu'incomplète sur plusieurs points nous a paru mériter, par sa rareté, d'être rapportée.

Nous n'avons pas rencontré de cas semblables dans la littérature, quelques-uns s'en rapprochent, et chez eux l'ulcération est restée de nature indéterminée. En 1897, Macnaughton Jones a observé une femme présentant une ulcération des ailes du nez, dont la nature ne put être déterminée malgré des examens histologiques répétés : ces ulcérations s'étendaient à chaque période menstruelle, la cicatrisation se fit au bout d'un an³. Wyatt Wingrave a présenté à la Société laryngologique de Londres, dans la séance du 2 décembre 1898, un malade présentant une ulcération des deux ailes du nez, dont la nature ne put être déterminée ni par le traitement spécifique, ni par les examens microscopiques. Il rappelle à l'occasion de ce malade un cas semblable

1. Trois cas de rinelcose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle (*Ann. des mal. de l'or., du larynx, du nez et du pharynx*).

2. Sur une forme particulière d'ulcération du visage observée chez les tabétiques. Thèse de Paris, 1902.

3. Un cas d'ulcération menstruelle esthioménique phagédénique du nez, par Macnaughton Jones (*Édimbourg. Med. Journ.*, octobre 1897). *Ann. des mal. de l'or.* t. 24, 1898, p. 86).

de Bride, dont Semon, Milligan et Logan Turner ne purent définir la nature : l'ulcération progressa malgré une opération, et l'autopsie ne donna rien permettant de faire un diagnostic¹.

Chez le malade dont nous venons de rapporter l'observation, nous n'avons pas cru pouvoir mettre un autre nom sur son affection que celui d'ulcère rongeant ayant débuté par une ulcération narinaire trophique.

1. *Ann. des mal. de l'or.*, 1899, t. 25, p. 609.

IX

FIBRO-SARCOME DE L'ISTHME

ET DU

LOBULE DROIT DE LA GLANDE THYROÏDE

Par **Ernesto BOTELLA** (de Madrid),

Chef de service de la clinique oto-rhino-laryngologique
de l'hôpital provincial de Madrid.

Les tumeurs malignes du corps thyroïde sont rares. Alibert a bien publié un cas de carcinome et un autre de sarcome ; plus tard, Clielius en fait une brève mention, et Tott, dans l'Encyclopédie de Wost, les étudie avec quelque attention ; mais il faut arriver au travail de Kaufmann pour rencontrer une description histologique exacte et une différenciation complète entre les sarcomes et les carcinomes, d'autant plus que quelque temps auparavant, Lebert avait recueilli vingt-trois observations sous la dénomination uniforme de tumeurs malignes. Depuis, les cas se sont multipliés, mais ceux de carcinome sont relativement plus fréquents que ceux de sarcome (Observations de Kocher, Billroth, Kaufmann, etc.). Bircher, qui habite dans un pays où le goître abonde, n'a observé, en dix ans, que quatre cas de tumeur maligne de la thyroïde et, dans aucune observation, il ne s'agit de sarcome. De son côté, Lartigau, qui a publié dans le *Medical Record* une étude très complète sur ce sujet, n'a pu recueillir que 51 observations de sarcome primitif ou secondaire.

Mon cas est intéressant, non seulement par sa rareté relative, mais encore au point de vue du diagnostic qui a soulevé quelques difficultés que n'a pas tranchées l'examen histologique :

Il s'agit d'une femme de 41 ans, mariée et mère de famille. Elle ne semble pas avoir d'antécédents pathologiques personnels, car elle a seulement été sujette à de fréquents catarrhes. Elle a perdu une petite fille de trois ans, d'une méningite probablement. Mais elle a eu deux frères morts de tuberculose pulmonaire et une sœur qui est actuellement en traitement à l'hôpital pour la même affection. Quand elle se présente à notre clinique, le 21 septembre dernier, elle est enceinte de cinq mois.

La malade raconte qu'il y a quatre ans, elle a remarqué une petite tumeur sur le bord sternal de la glande thyroïde ; cette tumeur a augmenté peu à peu et progressivement, mais sans lui causer aucune

gêne, ni aucune douleur ; parfois cependant, après une fatigue, par exemple, il lui semblait qu'elle lui serrait la gorge. Elle est devenue enceinte et, au troisième mois de sa grossesse (juillet), la tumeur a tout d'un coup et très rapidement augmenté de volume d'une façon considérable ; alors ont apparû des phénomènes de compression et d'aphonie qui ont pris une telle intensité, que le 20 septembre, après une nuit mauvaise, elle est allée consulter mon excellent collègue et ami Tapia, qui, reconnaissant la nécessité d'une intervention immédiate, me l'a envoyée à la clinique.

Voici quel était l'état de la malade, le 21 septembre : pâleur, émaciation, dyspnée très intense et menaçante, aphonie. Dans la région pré-laryngée, on voit une tumeur médiane du volume d'un gros citron, légèrement aplatie et à prolongements élargis, surtout vers le bas ; elle est dure, sa surface est lisse, ses limites sont mal définies ; elle semble, en effet, se prolonger jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde et en bas jusqu'au bord sternal ; sur les côtés, elle se continue sans ligne de démarcation avec les lobes latéraux de la glande ; à droite, elle semble avoir envahi le paquet vasculo-nerveux, car les battements de la carotide se transmettent très bien à travers elle. Au dessus de la tumeur, la peau est de couleur normale et elle ne présente pas d'adhérences aux parties profondes, sauf sur la partie postérieure qui semble tenir au larynx ; bref, la tumeur occupe tout le côté droit de la région pré-laryngée et déborde de deux centimètres la ligne médiane.

Examen laryngoscopique. — L'épiglotte est repoussée vers la partie gauche par une tuméfaction arrondie qui s'étend du côté du repli aryténo-épiglottique ; toute la partie droite du larynx est comprimée et défigurée par cette tuméfaction ; on y voit cependant bien la bande ventriculaire, les replis et la corde vocale, le tout recouvert d'une muqueuse rosée ; mais les mouvements sont nuls. La moitié gauche semble normale. Pas d'infarctus.

Rien à noter de particulier dans la cavité thoracique.

Grossesse datant de cinq mois.

Une tumeur de même aspect, quoique de moindres dimensions (celles d'un œuf de pigeon) existe dans la région cubitale postérieure de l'avant-bras gauche.

Tenant compte de l'évolution de la tumeur, de ses caractères et de l'existence d'une autre néoformation semblable au niveau du bras, je diagnostiquai un sarcome ou un fibro-sarcome développé dans un goître commençant. Cependant, étant donné l'aspect de la malade, ses catarrhes antérieurs et ses antécédents familiaux, on pouvait penser à quelque production tuberculeuse, mais l'auscultation thoracique était négative, de même que l'examen des crachats.

D'ailleurs, l'intervention s'imposait avant tout examen microscopique de la tumeur, car la vie de la malade était très gravement menacée par la compression permanente que cette tumeur exerçait sur les organes de la région, et en particulier sur le larynx et la trachée. Cette opération n'était pas facile. Je ne m'inquiétai pas outre

mesure de la proximité du gros paquet vasculo-nerveux du cou, ni de l'hémorragie profuse consécutive toujours aux thyroïdectomies, mais il y avait la question de la chloroformisation. L'anesthésie, en effet, ne pouvait qu'être très difficile et périlleuse à cause de la compression mécanique exercée par la tumeur sur les voies respiratoires supérieures et, dans l'espèce, je ne pouvais recourir ni à l'intubation, ni à la trachéotomie. L'intubation était impossible, car je n'avais pas de tube suffisant, et de plus, cette tentative paraît avoir les mêmes résultats funestes que dans le cas presque semblable publié par Caselle ; la trachéotomie était impraticable, car la tumeur couvrait toute la portion visible de la trachée.

Dans ces conditions, je requis l'aide de mon excellent confrère et ami, le Dr Redondo, qui est le meilleur anesthésiste que je connaisse, de façon à faire mon opération dans les meilleures conditions possibles de sécurité.

Mon projet était de détacher la tumeur par sa partie inférieure, de façon à découvrir la trachée, chose essentielle pour être à même de pratiquer, le cas échéant, une ouverture afin de terminer l'opération à mon aise.

Une fois que l'on eut bien désinfecté le champ opératoire, je commençai l'opération avec l'aide précieuse de mon excellent ami, le Dr Tapia. Dès que l'anesthésie eut fait son œuvre, je fis l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, sur la ligne médiane, depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sternale. L'incision du peaucier n'était pas terminée et j'avais à peine posé quelques pinces que l'accident prévu et redouté se produisit, la malade cessa de respirer, devint cyanosée et tomba en état de mort apparente malgré les tractions rythmées de la langue qu'exécuta aussitôt le Dr Redondo. Prenant alors rapidement une décision, j'incise d'un seul coup toute la partie de la tumeur qui se trouve devant la trachée ; j'introduis ensuite l'index de ma main gauche pour chercher celle-ci dans le fond ; ne la trouvant pas, je le porte à gauche, supposant que c'est de ce côté-là qu'elle a été repoussée par la tumeur ; elle est bien là en effet ; sur mon doigt guide, j'introduis le bistouri et je sectionne la paroi ; comme l'air ne sort pas avec le bruit caractéristique, j'agrandis l'ouverture de façon à pouvoir exciter avec mon doigt les réflexes trachéaux qui, comme on le sait, persistent même lorsque la malade est à l'état de mort apparente. Alors, à ma surprise et à ma grande satisfaction, au bout de quelques secondes qui me paraissent un siècle, tant j'avais la crainte de ne plus tenir qu'un cadavre entre mes mains, les mouvements respiratoires reparaissent peu à peu ; mais l'ouverture de la trachée était trop grande, car j'avais dû y faire passer mon doigt, je n'avais aucune canule capable de s'y adapter ; je ne pouvais décemment y mettre des pinces et j'allais y introduire un tube de gomme ou un gros drain, quand heureusement je pus y faire tenir un conducteur de la canule de Trendelenbourg ; puis je mis la malade en position de Rose pour empêcher le sang d'envahir la trachée et les bronches et je continuai l'opération, l'anesthésie se faisant par la canule.

La masse de la tumeur fut alors disséquée et séparée des tissus sous-jacents par sa partie antérieure, je sectionnai la capsule fibreuse, et d'abord à gauche je détachai le tout du lobe correspondant de la glande thyroïde; cette portion avait la dimension d'un œuf de poule; du côté droit, l'opération était plus délicate, à cause de la proximité du paquet vasculo-nerveux et à cause aussi des adhérences plus solides, plus intimes qui m'obligèrent à enlever des parties de tissu absolument sain. Les connexions avec le larynx étaient également si intimes que j'eus toutes les peines du monde à laisser indemne la membrane crico-thyroïdienne : la base d'implantation de la tumeur recouvrait le bord inférieur latéral droit du cartilage thyroïde. la membrane crico-thyroïdienne, la face latérale du cricoïde et trois anneaux de la trachée. Après l'extirpation de la tumeur, la trachée, libre de toute compression, reprit sa position normale; je pris alors la canule de Trendelenburg, car cette ouverture était très basse et trop profonde pour une canule ordinaire; je pris alors les deux bords supérieurs de la thyroïde, sectionnée entre deux pinces et je fis une suture profonde au catgut, une supérieure à la soie; je laissai ensuite deux sutures à la partie inférieure, me contentant d'y mettre une mèche de gaze pour drainer.

Les suites opératoires furent des plus bénignes, la plaie guérit par première intention, sauf la partie inférieure drainée avec la gaze. La trachée et le larynx redevinrent normaux, et en novembre je pus, sans péril pour la malade, lui enlever sa canule; à ce moment, le larynx semblait seulement légèrement aplati dans sa moitié droite; l'épiglotte, la bande ventriculaire et la corde correspondante avaient recouvré leur aspect et presque toute leur motilité; la muqueuse était rose.

Une particularité intéressante, qui vint confirmer le diagnostic, est l'apparition post-opératoire de petites tumeurs d'aspect semblable aux deux premières. Il y en eut une de la grosseur d'une aveline qui apparut au niveau de l'insertion du ligament tibio-rotulien de la rotule droite; elle apparut huit ou dix jours après l'opération; d'autres se montrèrent, une un peu plus grande, sur la partie supérieure de la région tibiale antérieure; une autre, grosse comme un œuf de colombe aplati, sur la face interne du tiers moyen du tibia; une autre sur le tiers moyen de la région tibiale antérieure gauche, des dimensions d'un œuf de poule un peu aplati; deux autres comme des avelines aux environs de la rotule, et enfin une plus petite, apparue depuis quelques jours seulement, au niveau de l'épitrôchlée du coude gauche.

L'aspect de ces tumeurs varie, mais leur consistance est semblable; elles sont toutes dures; les unes sont douloureuses, les autres indolores; les unes, les petites, sont mobiles sur les tissus sous-jacents; les autres y adhèrent profondément; la peau

à leur niveau a parfois une tendance à s'ulcérer ; elle est rouge et tendue.

Il est évident que cette malade présentait un goître ; c'est cela qu'elle avait noté depuis quatre ans ; la marche lente, sans douleur, sans troubles d'aucune sorte, exclut toute idée de malignité dans cette première tumeur ; d'autre part on sait, depuis les travaux de Catulo, l'influence que la menstruation et la gestation surtout exercent sur la marche des goîtres, et il y a les observations de Tarnier, de Candillac, de Bar et de bien d'autres qui sont très intéressantes. Il est donc infiniment probable qu'à la faveur de l'état d'infériorité créé par la gestation, une tumeur maligne, un sarcome s'est développé dans un goître préexistant. Parmi les cinquante et une observations recueillies par Lartigau, à propos d'un sarcome qu'il a opéré chez une femme, il s'agissait d'un cas semblable.

Mais, chez notre malade, était-ce un sarcome primitif ou secondaire ? Il semble, chronologiquement, que la tumeur thyroïdienne n'a commencé à évoluer que quelque temps après l'apparition de la tumeur du bras. Cependant il est infiniment probable, ou que les souvenirs de la malade sont peu sûrs, ou que les choses ne se sont pas passées ainsi, et qu'ils s'agit d'une tumeur primitive formée aux dépens de la glande thyroïde avec des métastases secondaires.

L'examen histologique, qui a été très minutieusement fait, a confirmé le diagnostic clinique, mais a laissé quelque confusion dans notre esprit. En effet, les préparations microscopiques ont montré que certaines parties de la tumeur étaient formées de tissu fibreux, entremêlé de cellules embryonnaires d'apparence sarcomateuse, confirmant le diagnostic de fibro-sarcome, mais que d'autres parties de la tumeur (les moins nombreuses, il faut le dire) étaient constituées par un tissu de dégénérescence avec les cellules embryonnaires épithélioïdes et géantes caractéristiques des productions tuberculeuses.

Cliniquement donc, nous avions eu affaire à un fibro-sarcome. Histologiquement, nous trouvons une production tuberculeuse en plein tissu sarcomateux. Rappelons à ce sujet ce que nous avons dit déjà des antécédents personnels et familiaux de la malade. Le diagnostic exact serait-il : greffe tuberculeuse en pleine évolution sarcomateuse d'un goître ? Nous ne saurions résoudre cette question ; dans tous les cas, nous gardons la malade en observation.

(Traduction par A.-R. SALAMO.)

ÉTUDE SUR LES COMPLICATIONS TEMPORALES ET ENDOCRANIENNES D'ORIGINE OTITIQUE

*observées à la clinique otologique du Val-de-Grâce
de 1898 à 1904.*

(Suite)

PAR

P. CHAVASSE

Médecin principal de 1^{re} classe,
professeur

à l'École du Val-de-Grâce.

J. TOUBERT

médecin-major de 2^e classe,
professeur agrégé

OBSERVATION XL. — G..., 23 ans, soldat au 20^e régiment d'infanterie. Angine récente et otite moyenne aiguë catarrhale à droite; suppurée à gauche.

Entré au Val-de-Grâce le 16 février 1899. Perception aérienne et crânienne à peu près nulle à gauche, très diminuée à droite. Weber latéralisé à droite. Rinne douteux. Tympan droit rouge et voussuré; tympan gauche avec perforation antéro-inférieure.

Le 28 février, insomnie, œdème et douleurs dans la région mastoïdienne gauche, qui disparaissent le 7 mars sous les pansements humides. Retour de l'œdème et de la douleur le 24 avril avec pseudo-fluctuation. Incision le 26 avril, sans résultat, jusqu'à l'os qui est trouvé sain. Le 1^{er} mai, issue d'un flot de pus par la plaie opératoire.

Le 28 mai, la suppuration de l'oreille est tarie. Le 31 mai, la plaie opératoire est fermée. L'audition est encore médiocre. Exeat le 10 juin.

OBSERVATION XLI. — G..., 22 ans, soldat au 13^e régiment d'artillerie. Pneumonie grippale le 12 février 1900, guérie le 20. Otite moyenne aiguë suppurée à gauche depuis le 28 février.

Évacué sur le service d'otologie le 2 mars 1900. Perception aérienne abolie. Suppuration abondante; perforation antéro-inférieure du tympan. Pas de chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. Céphalée, insomnie, température (36°4-37°8). Douleur très vive, spontanée et augmentée par la pression, au lieu d'élection et à la pointe; contracture du sterno-mastoïdien; léger œdème, qui s'accroît le lendemain.

Le 3 mars 1900, trépanation de la mastoïde gauche. Antrotomie classique sous anesthésie cocaïnique: l'antre est superficiel; il contient des fongosités. Curettage; pansement ordinaire.

Le 4 mars, otalgie à droite et le 5 suppuration. La température oscille entre $36^{\circ}3$ et $37^{\circ}8$, mais l'état local et l'état général sont satisfaisants.

Le 3 avril, le malade est abattu, fébrile ($37^{\circ}7$ - $37^{\circ}8$) et il a une paralysie faciale des plus nettes à droite. Tuméfaction mastoïdienne notable à droite, mais le malade nie toute douleur, par crainte d'une nouvelle intervention, qu'il finit cependant par accepter.

Le 4 avril, trépanation de la mastoïde droite. On trouve le pus dès l'incision du périoste : il sort par une perforation spontanée rétroméatique. Antrotomie classique. La corticale interne est perforée et il sort du pus d'un abcès périsinusal. Le massif du facial est friable. Abrasion large. Curettage. Pansement ordinaire.

Le 5, apyrexie définitive. Le 9, on note un souffle jugulaire fort à droite et faible à gauche.

Le 18 avril, guérison de l'oreille gauche, et le 26, de la plaie opératoire du côté gauche.

Le 10 juin exeat par réforme temporaire. La plaie opératoire est guérie à droite, mais l'oreille suppure encore. Audition un peu diminuée à droite, normale à gauche. Paralysie faciale persistante, mais sans réaction de dégénérescence.

OBSERVATION XLII. — P..., 22 ans, soldat au 89^e régiment d'infanterie. Le 27 janvier 1900, douleur et gonflement des régions parotidienne et mastoïdienne gauches avec otalgie intense accompagnée de sensation de battements. (Il y avait une épidémie d'oreillons au régiment).

Entré au Val-de-Grâce le 8 février 1900. Voix forte seule perçue et mal perçue ; Weber latéralisé à gauche et Rinne positif. Un peu d'hypertrophie amygdalienne. Pas d'adénoïdes. Tympan rouge surtout le long du manche du marteau.

Le 14 février, écoulement abondant ; douleur mastoïdienne, surtout à la pointe, avec un peu d'empatement.

Le 21, insomnie et œdème mastoïdien plus marqué. Le 23, fièvre ($38^{\circ}2$).

Le 24, même état, intervention sous anesthésie cocaïnique. Le pus fait issue dès l'incision du périoste, par un orifice de trépanation spontanée. Curettage poussé jusqu'à la pointe, toute l'apophyse était évidée par le pus et les fongosités. Pansement ordinaire.

Le lendemain de l'opération, la température descend au-dessous de 37° . Le sommeil revient : la douleur disparaît. Pansement de huit en huit jours.

Le 15 mars, la suppuration de l'oreille est tarie. Le 11 avril, la plaie opératoire est fermée. Exeat le 2 mai. La voix chuchotée est entendue à 5 mètres.

OBSERVATION XLIII. — L..., 22 ans, soldat au 5^e régiment d'infanterie. En mars 1901, coryza et otite moyenne aiguë suppurée à droite.

Le 20 avril, douleur et œdème de la région mastoïdienne.

Entré au Val-de-Grâce le 23 avril 1901. Perception aérienne

presque abolie. Tympan épaissi, perforation antérieure; chute de la paroi postéro-supérieure du conduit; œdème mastoïdien rejetant le pavillon en avant, mais respectant le sillon; fausse fluctuation. Température 38°6.

Le 24, état stationnaire. Trépanation classique sous anesthésie cocaïnique. Il y a du pus collecté sous la peau. Perforation spontanée de la zone criblée rétroméatique. Curettage de l'antre qui est rempli de fongosités. Pansement ordinaire. Le pus est à streptocoques.

En deux jours la fièvre tombe. Pansement de huit en huit jours; à l'un d'eux on constate que le sinus bat au fond de la plaie.

Le 11 mai, l'otite est guérie. Le 31 mai, la plaie opératoire est tout à fait fermée. Tympan encore rouge et épaissi. Exeat le 13 juin.

OBSERVATION XLIV. — M..., 40 ans, officier d'administration. Le 21 avril 1902, otite moyenne aiguë suppurée à droite avec réaction mastoïdienne légère. Le 25 juin, œdème et douleur des régions temporale, pariétale et mastoïdienne.

Entré au Val-de-Grâce le 30 juin.

Le 1^{er} juillet 1902, opération sous anesthésie au chloroforme. On trouve une perforation spontanée de la corticale au lieu d'élection. Antrotomie. Ouverture large des cellules mastoïdiennes voisines. Pansement ordinaire.

La fièvre, qui était à 38°, tombe le lendemain. Pansement de huit en huit jours.

Exeat le 19 août, avec la plaie opératoire presque guérie. Guérison totale le 28. Revu en octobre 1902: la guérison est parfaite; le tympan droit est resté un peu épaissi.

OBSERVATION XLV. — B..., 22 ans, soldat au 46^e régiment d'infanterie. Rougeole et grippe récentes. Otite moyenne aiguë suppurée à gauche depuis huit jours.

Entré au Val-de-Grâce le 24 février 1903. Voix chuchotée entendue à gauche à 0^m 50; Weber latéralisé à G. Rinne négatif. Tympan couvert de pus. OEdème étendu aux régions mastoïdienne, temporale et parotidienne; douleur vive à la pointe de l'apophyse; fluctuation profonde à la région temporale; fièvre (38°).

Le 26 février, trépanation sous le chloroforme. Dès l'incision du périoste, le pus apparaît, venant de la région temporale, qui est infiltrée en totalité; antrotomie classique, difficile à cause de la dureté de l'os; on ne trouve de pus ni dans l'antre ni autour de lui. Curettage. Pansement ordinaire.

En 48 heures la température descend au-dessous de 37°; la douleur cesse et le sommeil revient. Le 28 février l'œdème facial a diminué; cicatrisation lente de la plaie opératoire.

Le 14 avril, issue de deux séquestres lamellaires; le 3 juin, élimination d'un autre séquestre; le 15 juin, guérison totale. Exeat le 16 juin.

OBSERVATION XLVI. — P..., 22 ans, soldat au 21^e régiment colonial. En traitement du 6 février au 6 mars 1904, pour otite moyenne

aiguë catarrhale bilatérale, avec végétations adénoïdes volumineuses que l'on enleva le 16 février.

Du 17 au 23 février, otalgie sans suppuration, à droite. Le 6 mars, exeat par convalescence.

Le 11 avril, nouvelle entrée à l'hôpital avec des douleurs vives et une tuméfaction occupant les régions mastoïdienne et temporale du côté droit, datant du 6 avril, avec fluctuation au niveau du bord supérieur du pavillon. Le tympan est sec, grisâtre, la voix chuchotée est perçue à 0^m 30 et la voix ordinaire à 1 mètre. Température 37°7.

Le 12 avril, opération avec anesthésie à la cocaïne. La zone criblée-rétroméatique est trouvée perforée. On ouvre l'antre au ciseau et on évide largement la mastoïde à la curette (pneumocoque et staphylocoque dans le pus mastoïdien) Pansement ordinaire changé de huit en huit jours. Guérison le 22 mai. Exeat le 10 juin. Audition revenue à la normale.

OBSERVATION XLVII. — C..., 34 ans, capitaine d'état-major.

Otite moyenne aiguë supprimée à gauche en juillet 1904, qui devient chronique. A la fin de septembre, tuméfaction indolore et progressive, d'abord mastoïdienne, puis temporale et pariétale.

Entré au Val-de-Grâce le 12 octobre 1904. Tympan rouge et épaissi avec petite perforation. Tuméfaction mastoïdienne avec fluctuation au-dessus du pavillon et phlegmon temporo-pariétal; l'œdème s'étend sur la face et sur la région parotidienne.

Le même jour, opération d'urgence. Anesthésie cocaïnique. L'incision des parties molles donne issue à du pus assez abondant, collecté sous l'aponévrose temporale superficielle. Perforation spontanée de la corticale dans la zone criblée rétro-méatique. Mastoïde évidée par le pus. Curettage jusqu'à la pointe. Pansement ordinaire. Les suites opératoires sont simples, sans fièvre.

Le 4 novembre, poussée fébrile légère 37°6 qui se reproduit le 6, avec céphalée et douleur locale due à un peu de rétention. Le 22 novembre, la plaie est cicatrisée. Le 30 novembre, l'oreille est sèche, le tympan épaissi et grisâtre. Le 6 décembre, exeat.

OBSERVATION XLVIII. — D..., 19 ans, soldat au régiment des sapeurs-pompiers. Coryza en juin 1898 et otite moyenne catarrhale aiguë à gauche.

Entré à l'hôpital du Val de-Grâce le 26 juillet 1898. Perception aérienne peu atteinte. Weber latéralisé à droite. Rinne positif.

Le 31 juillet, douleur mastoïdienne sans rien d'anormal du côté de l'apophyse ou du tympan.

Le 6 août, cet état persiste; température 38°5. Trépanation sous anesthésie cocaïnique. Apophyse scléreuse. L'antre ne contient pas de pus; ses parois sont très douloureuses au contact du stylet. Pansement ordinaire.

La température tombe de 38°7 à 36°6, la douleur disparaît dès le lendemain.

Le 10 août, névralgie faciale et dentaire avec petite ascension thermique 37°6.

Le 4 septembre, guérison de la plaie opératoire. Le 13, tympan est encore rouge et déprimé.

Exeat le 17.

Deuxième entrée à l'hôpital le 20 décembre. Le malade dit avoir eu des douleurs d'oreille avec écoulement de pus. Le tympan n'est ni enflammé, ni perforé. Les trompes sont perméables et l'audition normale. Exeat le 20 janvier 1899.

OBSERVATION XLIX. — D..., 23 ans, soldat au 19^e escadron du train. Otite moyenne aiguë suppurée à droite à la suite des oreillons, en mars 1898. OEdème de la face depuis un mois.

Entré au service d'otologie le 11 mars 1899 pour otite chronique suppurée à droite. Perception aérienne très diminuée. Weber latéralisé à droite et Rinne négatif. Tympan très rouge avec perforation postéro-supérieure.

Le 18 mars, douleurs mastoïdiennes à droite. Le 20 mars, œdème. Pas de chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. La température du 20 au 25 mars oscille entre 37° et 37°5.

Le 25 mars, trépanation mastoïdienne en raison de l'augmentation de l'œdème et de l'intensité de la douleur. Anesthésie cocaïnique. Périoste infiltré et épais. On creuse l'os éburné et dur jusqu'à 1 cent. 5, sans arriver dans une cavité à limites nettes; l'os saigne beaucoup. Pansement ordinaire.

Le lendemain, la température descend au-dessous de 37°. Le malade se trouve très bien.

Le 15 avril, la plaie opératoire est fermée.

Exeat le 12 mai.

OBSERVATION L. — D., 23 ans, infirmier à la 22^e section. Otite moyenne aiguë suppurée à gauche dans l'adolescence. Otite moyenne aiguë à droite le 29 août 1899.

Entré au Val-de-Grâce le 2 septembre. Voix ordinaire entendue à 3 mètres. Weber latéralisé à gauche. Rinne positif des deux côtés. Tympan rouge avec reliquat d'une perforation antérieure. OEdème des régions mastoïdienne et parotidienne à droite. Paracentèse le 4 septembre, sans issue de pus. La température tombe de 37°8 à 37°2.

Le 25 septembre, adénopathie pré, rétro et sous-auriculaire. Douleur vive et insomnie; 37°4. Trépanation sous anesthésie cocaïnique. Antrotomie classique. Os friable et vasculaire, mais pas de pus, ni de fongosités.

Cessation des douleurs le jour même. Pansement de huit en huit jours.

Le 1^{er} octobre, la plaie opératoire est fermée; conduit auditif un peu rétréci. Audition satisfaisante.

Exeat le 3 novembre.

OBSERVATION LI. — B., 21 ans, clairon au 46^e régiment d'infanterie. Otite aiguë suppurée à gauche guérie, il y a 3 ans. Bronchite depuis 1 mois; angine depuis 8 jours. Subitement, le 28 février 1902, à l'école des clairons, otalgie à gauche; suppuration le lendemain.

Entré au Val-de-Grâce le 4 mars 1902. Voix ordinaire bien entendue, voix chuchotée non perçue. Weber latéralisé à gauche. Rinne négatif. Perforation antéro-inférieure du tympan et phlyctène à la partie supérieure. Douleur mastoïdienne au lieu d'élection. Fièvre, 39°4, 39°1.

Le 5 mars, incision de Wilde sans résultat sur un point pseudo-fluctuant près de la pointe de l'apophyse.

Le 6 mars, en raison de la douleur et de la fièvre, trépanation. Anesthésie cocaïnique. Ouverture de l'antre : il ne contient pas de pus, mais seulement des fongosités. Curettage, suture partielle. Pansement ordinaire.

La fièvre tombe en deux jours ; la douleur disparaît dès le lendemain.

Le 15 mars, l'otite est guérie. La plaie opératoire reste assez longtemps fistuleuse et nécessite un grattage le 16 avril. Guérison complète le 4 mai. Exeat.

OBSERVATION LII. — S., 22 ans, soldat au 19^e escadron du train. Otite moyenne aiguë suppurée à gauche le 1^{er} septembre 1903, pour laquelle il entre à l'hôpital le 5 septembre. Voix ordinaire entendue à 0^m 50 ; Weber latéralisé à droite. Rinne négatif. Perforation située en arrière du manche du marteau. Pas de végétations adénoïdes. Suppuration abondante ; insomnie, céphalée, bourdonnements.

Le 22 septembre, douleur mastoïdienne au lieu d'élection ; pas de tuméfaction extérieure, pas de chute de la paroi du conduit. Température entre 36°5 et 37°.

Le 26, à cause de la douleur spontanée et provoquée et de l'état général, opération avec anesthésie à la cocaïne. Apophyse éburnée : ni pus, ni fongosités, c'est de la mastoïdite congestive. Chlorure de zinc. Drain dans l'antre, suture du reste de l'incision. Pansement ordinaire.

Le soir même, cessation des douleurs : le sommeil revient.

Suppuration abondante de la plaie opératoire. Le drain n'est retiré que le 3 octobre.

Exeat le 8 novembre par convalescence : guérison de la plaie mastoïdienne, mais persistance de l'otite.

2^e entrée à l'hôpital le 18 janvier 1904. Tympan gauche rouge et épaissi avec perforation persistante.

Exeat par réforme temporaire le 13 mars.

OBSERVATION LIII. — H., 23 ans, soldat au 32^e d'artillerie. En octobre 1904, angine aiguë et otite moyenne aiguë suppurée bilatérale.

Le 22 novembre 1904, recrudescence au cours d'une permission.

Entre au Val-de-Grâce le 28 novembre. Douleur mastoïdienne à gauche. OEdème gagnant le cou et la face et englobant la pointe de la mastoïde avec signes d'adéno-phlegmon sous-mastoïdien. Température 37°.

Le 29, en raison de l'état local, de la douleur, de l'insomnie, opération sous la cocaïne. On ouvre d'abord un adéno-phlegmon sous-mastoïdien. L'os est très dur, très épais, et saigne d'une façon

extraordinaire. L'antre est petit, profond, ne contient pas de pus, à peine quelques rares fongosités. La muqueuse est épaisse et saigne beaucoup.

Curettage de l'antre et évidemment dans la direction de la pointe, ce qui, en raison de la congestion, donne lieu à un écoulement sanguin très abondant.

Le soir, 37° 8, cessation des douleurs; le torticolis a fortement diminué.

Les jours suivants, la température oscille entre 36°8 et 37°5.

La suppuration de l'oreille est tarie le 10 janvier 1905.

La plaie mastoïdienne est fermée le 15 janvier 1905.

Exeat le 25 janvier 1905.

OBSERVATION LIV. — (A été publiée *in extenso* dans les *Archives internationales de laryngologie*, etc. septembre-octobre 1900). L., 23 ans, soldat au 117^e régiment d'infanterie.

Angine le 24 mai 1900, puis otite moyenne aiguë catarrhale à gauche.

Entre au Val-de-Grâce le 29 mai 1900. Perception aérienne nulle. Perception crânienne très diminuée, céphalée, insomnie, inappétence. Douleurs atroces dans l'oreille gauche et bourdonnements. Pas de fièvre (36°5, 36°9). Léger œdème temporo-mastoïdien. Chute de la paroi postérieure du conduit masquant le tympan. Pas de suppuration de la caisse, adénite rétro-auriculaire avec douleur.

Le 31 mai, même état avec œdème plus masqué.

Le 19 juin, trépanation sous l'anesthésie cocaïnique. Antre assez profond contenant du pus (diplocoques); curettage. Pansement ordinaire.

Le soir même, soulagement. La température, avant comme après l'opération, est restée entre 36°5 et 37°2.

Le 8 juin, écoulement subit de pus à staphylocoques par le conduit, venu sans doute d'un abcès des cellules limitrophes (pas de perforation tympanique).

Le 30 juin, guérison opératoire complète; conduit auditif d'aspect normal; tympan rouge sans trace de perforation. Acuité auditive identique à droite et à gauche. Exeat le 24 juillet 1900.

OBSERVATION LV. — (A été publiée *in extenso* dans les *Archives internationales de laryngologie*, etc., septembre-octobre 1900). B., 22 ans, soldat au 2^e cuirassiers.

Au milieu de mai 1900, otite moyenne aiguë catarrhale à gauche pour laquelle il entre à l'hôpital le 30 mai. Perception aérienne abolie et crânienne diminuée. Tympan rouge sans voussure; pas de perforation, pas de suppuration.

Pas de fièvre (37°4). Céphalée; insomnie; douleurs spontanées et provoquées avec maximum à la pointe de l'apophyse. Léger empâtement rétro-auriculaire gagnant vers le muscle sterno-mastoïdien.

Le 27 juin, trépanation réclamée avec insistance par le malade qui en a vu les heureux effets sur un de ses camarades. Antrotomie classique sous la cocaïne. Issue de pus au premier coup de ciseau (pus à

streptocoques). L'apophyse est disséquée par l'ostéite de la pointe à la base. Le sinus latéral est à nu au fond de l'antre, en haut et en arrière. Curettage jusqu'à la pointe. Pansement ordinaire. Amélioration immédiate.

Le 3 juillet, cicatrisation complète. Le tympan a l'aspect amiantacé; acuité auditive excellente. Exeat le 12 juillet 1900.

OBSERVATION LVI. — B., 23 ans, soldat au 1^{er} régiment de cuirassiers.

Le 19 juin 1898, scarlatine. Le 12 juillet, otite moyenne aiguë suppurée à droite.

Évacué dans le service d'otologie le 22 juillet 1898. Suppuration par le conduit auditif droit qui est très tuméfié. Douleur vive sur la mastoïde; un peu de fièvre, 37°7.

Le 23, œdème mastoïdien marqué, intervention après anesthésie cocaïnique. Un peu de pus dans l'antre et beaucoup de fongosités. L'apophyse est du type pneumatique. Curettage. Pansement ordinaire.

Cessation rapide des douleurs, retour du sommeil. Dès le 25, la température tombe à 37°. Pansement de huit en huit jours. Le 4 septembre la suppuration de l'oreille est tarie et la plaie opératoire fermée.

Le 11, ouverture d'un abcès pointant vers le conduit, mais à point de départ sans doute mastoïdien. Guérison en quelques jours.

Exeat le 23 septembre.

OBSERVATION LVII. — P., 23 ans, soldat au 89^e régiment d'infanterie. Otite moyenne aiguë suppurée à gauche depuis le 15 avril 1901.

Entre au Val-de-Grâce le 8 mai 1901. Montre non perçue; voix ordinaire entendue à 2 mètres, Rinne négatif et Weber latéralisé à gauche. Perforation antérieure de la membrane du tympan; en outre, en avant de la membrane de Shrapnell, saillie acuminée due à une infection d'une glande du conduit. Enfin gonflement mastoïdien un peu au-dessus de la base de l'apophyse.

Le 14 mai, incision de l'abcès glandulaire du conduit.

Le 15, la tuméfaction péri-auriculaire a progressé vers la mastoïde et vers la région temporale.

Le 16, l'œdème ayant gagné la paupière et la fièvre passant de 38° à 39°, on incise, au-dessus et en arrière du pavillon, en un point fluctuant: évacuation de deux cuillerées à café de pus. Apyrexie le lendemain.

Le 25 mai, on constate que l'eau oxygénée versée dans le conduit pour le pansement de l'otite sort en bouillonnant par l'orifice d'incision sus-auriculaire. La communication se fait à travers l'os temporal. Le 24 mai, curettage de ce foyer d'ostéite creusé à la base de l'écaille temporale et qui communiquait avec la caisse, très certainement par l'intermédiaire des cellules de la paroi supérieure du conduit auditif.

Le 1^{er} juillet, guérison. Exeat le 13 juillet.

OBSERVATION LVIII. — B., 22 ans, soldat au train des équipages. Rougeole en mars 1902. Le 4 avril, otite moyenne aiguë suppurée à gauche.

Évacué sur le service d'otologie le 15 avril 1902. Perception aérienne réduite à la voix haute. Weber non latéralisé, Rinne positif. Bourdonnements, douleurs lancinantes, céphalée. Perforation antéro-inférieure du tympan.

Le 16 et le 17, la température oscille de 37° à 39°.

Le 18, apparaissent des signes de broncho-pneumonie à gauche. Celle-ci évolue régulièrement.

Le 24 avril, le malade accuse une vive douleur spontanée à la pression sur la mastoïde gauche. Les jours suivants, œdème mastoïdien gagnant vers la parotide.

Le 29, incision exploratrice des tissus enflammés et faussement fluctuants qui recouvrent la mastoïde : pas de pus.

Le 7 mai, on constate que la pression sur la région mastoïdienne, et surtout au-dessous d'elle, et sur la région parotidienne, fait sourdre le pus par l'oreille; à l'otoscopie, on constate la présence au niveau de l'isthme d'un petit bourgeon obstruant le conduit; curettage de ce bourgeon; l'exploration au stylet boutonné et coudé conduit dans une perforation de la paroi inférieure du conduit.

La fièvre, qui était restée jusque là autour de 38°, descend le lendemain à 37° pour ne plus remonter; l'abcès se vide bien par pression sur les régions parotidienne et sous-mastoïdienne.

Le 10 juin, guérison de l'otite bilatérale et du phlegmon péri-mastoïdien. Voix ordinaire entendue à 3 mètres. Weber latéralisé à gauche. Rinne positif des deux côtés. Exeat.

OBSERVATION LIX. — (Publiée *in extenso* dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1901, page 1048, et dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1901, page 45, 2^e semestre).

T., 22 ans, soldat au 125^e régiment d'infanterie. Otites dans l'enfance, de courte durée, mais à répétition. En janvier 1901, bronchite aiguë suivie d'otite aiguë à droite.

Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 13 février 1901. Voix ordinaire perçue à 2^m 50. Weber latéralisé à droite. Rinne négatif. Tympan épaissi, perforation inférieure avec battements. Végétations adénoïdes (opérées).

Le 11 mars, tuméfaction rétro-auriculaire. Le 22 mars, incision de cette tuméfaction abcédée et considérée comme un adéno-phlegmon mastoïdien à streptocoques.

Le 30 mars, l'otite est guérie, mais l'abcès incisé restant fistuleux, on intervient de nouveau et on découvre un foyer d'ostéite, profond de 1 centimètre, siégeant à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus du plan du conduit. Pansement sec.

Le 16 avril, cicatrisation complète.

Le 4 mai, exeat; acuité auditive redevenue normale.

OBSERVATION LX. — H., chef de bataillon, 48 ans. En avril 1901, otite suppurée à gauche qui guérit en juillet. Vers le milieu d'août, vives douleurs hémicrâniennes à gauche avec tuméfaction rétro-auriculaire.

Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 26 août 1901. Montre perçue

au contact, voix chuchotée entendue à 0 mètre 23; Rinne négatif; Weber latéralisé à gauche; bourdonnements. Le tympan est sec, épaissi, avec une cicatrice de perforation centrale. Pas de douleur dans la région de l'antre; tuméfaction œdémateuse localisée à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde.

Opération immédiate avec anesthésie à la cocaïne. Incision et curettage d'une cavité osseuse mesurant 1 centimètre dans tous les sens et contenant des fongosités et située à la base de la mastoïde, tout à fait en arrière. Guérison complète en sept semaines.

OBSERVATION LXI. — (Publiée *in extenso* dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* de 1902, p. 499, et dans les *Annales des maladies de l'oreille*, 1902, p. 470).

M., 23 ans, soldat ordonnance. Otite grippale en février. Entre au Val-de-Grâce le 12 mars 1902. Symptômes d'otite moyenne aiguë à droite. Perception aérienne nulle, Weber latéralisé à droite. Rinne négatif. Rougeur diffuse du tympan, surtout autour de la membrane de Shrapnell.

A partir du 24, suppuration abondante avec des streptocoques et quelques staphylocoques. Points douloureux multiples à la tempe, sur la pointe et le bord postérieur de la mastoïde et à l'occiput. Engorgement des ganglions carotidiens supérieurs.

Le 28 mars, le maximum de tuméfaction et de douleur répond au bord postérieur de la mastoïde. Etat général médiocre; fièvre continue.

Le 31 mars, opération avec anesthésie locale, chlorure d'éthyle et cocaïne. Incision à 3 centimètres en arrière du sillon rétro-auriculaire, dans l'axe de la tuméfaction. Découvert d'un foyer osseux d'où la curette ramène des fongosités, puis d'un second foyer placé plus haut et plus profond, et contenant du pus à streptocoques.

Exeat le 4 mai, après guérison.

OBSERVATION LXII. — T., 21 ans, soldat au 102^e régiment d'infanterie, scarlatine en mars 1902 et rougeole en avril 1902.

Otite aiguë bilatérale supprimée le 13 mai, avant d'avoir quitté l'hôpital.

Évacué sur le service d'otologie le 17 mai: suppuration des deux oreilles très peu abondante. Douleurs vives dans la région mastoïdienne droite, surtout à la pointe et sur le bord postérieur de l'apophyse. Infiltration œdémateuse attribuée à de l'adénite avec périadénite.

Le 19 mai, incision de ce foyer ganglionnaire poussée jusqu'à l'os.

L'inflammation progresse néanmoins et l'œdème gagne vers l'occiput. L'état général est médiocre, la courbe de température décrit des oscillations d'assez grande amplitude, entre 38° et 40°. La suppuration des oreilles reste insignifiante, et les lésions paraissent évoluer en dehors de la mastoïde; rien du côté de la veine jugulaire.

Le 23 mai, intervention, après anesthésie locale par chlorure d'éthyle et cocaïne. Incision sur la tuméfaction rétro-mastoïdienne,

à travers les parties molles très épaisses. Découverte, à l'union de l'occipital et de la mastoïde, d'une perforation osseuse d'où sort du pus (streptocoques).

Comme l'opération paraît devoir être longue et compliquée, on endort le malade au chloroforme. Agrandissement au ciseau et à la gouge du foyer d'ostéite qui se prolonge en avant vers la base de la mastoïde. De proche en proche, on est conduit dans une série de cavités formant des abcès aréolaires multiples contenant du pus concrété ou des fongosités. En creusant ainsi une tranchée d'arrière en avant, on aboutit à l'antre. Curettage; large drainage; suture partielle; pansement iodoformé et sec.

La température oscille pendant deux jours entre 37° et 38°, puis tombe au-dessous de 37° définitivement.

Pansement de huit en huit jours. Guérison absolue le 9 juillet.

Exeat le 16 juillet.

OBSERVATION LXIII. — B., 22 ans, soldat au 102^e régiment d'infanterie. Diphtérie en avril et otite moyenne aiguë à gauche.

Entre au service d'otologie le 7 mars 1904. Suppuration abondante; large perforation inférieure; le pus contient des streptocoques. Au bout de quelques jours, douleurs rétro-auriculaires et œdème sans effacement du sillon.

Le 13 mai, incision de Wilde en raison du diagnostic posé « adénite mastoïdienne. »

Le 17 mai, la persistance des phénomènes fait porter le diagnostic de cellulite mastoïdienne postérieure. Intervention par l'incision déjà faite; découverte d'un foyer d'ostéite contenant du pus à pneumocoques. Curettage, pansement ordinaire renouvelé de huit en huit jours.

Conjonctivite phlycténulaire bilatérale intercurrente attribuée à une inoculation. Guérison de l'otite le 12 juin et de la plaie opératoire le 19 juin.

Exeat le 27 juin. Voix ordinaire perçue à 6 mètres et au delà. Weber latéralisé à gauche. Rinne faiblement positif.

OBSERVATION LXIV. — C., 23 ans, soldat au 13^e régiment d'artillerie. Fièvre typhoïde le 9 février 1900. Otite moyenne aiguë suppurée bilatérale le 25 février.

Évacué sur le service d'otologie le 9 mars 1900. Suppuration plus abondante à droite. Le 12, léger œdème mastoïdien et douleur; torticolis à droite qui va en s'accroissant. Poussée fébrile du 17 au 21 (entre 37° et 38°).

Le 24 mars, malgré l'apyrexie, la pression de la pointe étant très douloureuse et faisant refluer du pus par le conduit, le diagnostic de mastoïdite de Bezold est confirmé et l'on intervient sous anesthésie chloroformique. L'os est raréfié partout et présente une perforation spontanée à un demi-centimètre de la pointe. L'antre a un plafond abaissé et est rempli de pus et fongosités (pus à streptocoques sans Eberth). Curettage facilité par la raréfaction de l'apophyse. Pansement habituel.

Pansements renouvelés de huit en huit jours. Le 7 avril, la suppuration auriculaire est tarie. Le 9 mai, la plaie opératoire est fermée. Les deux tympan sont un peu gris. La voix ordinaire est entendue à 3 mètres.

Exeat le 11 mai.

OBSERVATION LXV. — A., 22 ans, soldat au 8^e bataillon d'artillerie de forteresse.

En mars, après une bronchite, otite moyenne aiguë suppurée à gauche. Au cours d'un congé de convalescence, symptômes mastoïdiens.

Entre au Val-de-Grâce le 10 mai 1901. Voix ordinaire entendue à 0^m40. Weber latéralisé à gauche. Rinne négatif. Chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. Douleur mastoïdienne à la partie antéro-inférieure.

Le 13 mai, la douleur de la pointe devient plus vive ; elle augmente les jours suivants. La fièvre, légère du reste, apparaît le 16, 37° 8, ; le sillon rétro-auriculaire est conservé, mais le pavillon est rejeté en avant.

Le 17 mai, opération après anesthésie locale au chlorure d'éthyle et à la cocaïne. Antrotomie classique. L'antrum est à 1 cent. 5 de profondeur et ne contient pas de pus ; mais on découvre, au-dessous et en arrière de lui, un foyer, gros comme un pois, contenant du pus fétide à streptocoques.

On réunit cette cavité à l'antrum par un fossé qui occupe toute la hauteur de l'apophyse.

Le pansement est refait de huit en huit jours. La cicatrisation est terminée le 20 juin. Le tympan reste invisible à cause de la tuméfaction du conduit.

Exeat le 2 juillet.

OBSERVATION LXVI. — C., 21 ans, soldat au 93^e régiment d'infanterie.

Bronchite et abcès froid de la cuisse dans l'enfance. En mars 1901, otite moyenne aiguë suppurée à gauche, puis hémoptysies.

Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 28 juin 1901, au cours d'un congé de convalescence, avec des symptômes de mastoïdite : tuméfaction notable de la région mastoïdienne gauche, se prolongeant sur l'origine du muscle sterno-cléido-mastoïdien et manifestement fluctuante en ce point.

Le même jour, opération avec anesthésie locale au chlorure d'éthyle et à la cocaïne. Dès l'incision du périoste, le pus fait issue au dehors. La pression sur le sterno-cléido-mastoïdien fait refluer ce pus en quantité. Trépanation large ouvrant à la fois l'antrum et les cellules. Ce sont surtout celles de la pointe qui sont développées ; il n'y a pas de pus ; elles sont le siège d'une ostéite raréfiante manifeste. Drainage. Pansement. Celui-ci est renouvelé tous les quatre jours.

Le 22 juillet, ouverture de drainage supplémentaire au point déclive, dans la région du cou. Amélioration lente. Le 7 octobre, injections d'éther iodoformé par la fistule mastoïdienne et par la fistule.

tule sous-sterno-mastoïdienne qui conduit dans un foyer ganglionnaire. Le 27 octobre, curettage de la cavité osseuse.

Le 14 novembre, la guérison locale est presque achevée et il ne reste qu'une fistulette. Mais l'état général est mauvais et les crachats contiennent des bacilles de Koch.

Exeat le 14 novembre par libération.

OBSERVATION LXVII. — A., 23 ans, soldat au 64^e régiment d'infanterie.

En juin 1899, otite moyenne suppurée à gauche, chronique d'emblée. Bronchite en mars 1900. Au cours de la convalescence, mastoïdite torpide avec formation d'un abcès sous-cutané qui est incisé en ville le 26 avril 1900.

Entre au Val-de-Grâce le 7 mai 1900. Perception aérienne presque abolie. Large perforation inférieure du tympan. Catarrhe du nasopharynx, sans adénoïdes. Ulcération bourgeonnante sur la mastoïde avec fistule conduisant dans un foyer d'ostéite.

Le 12 mai, opération ; curettage des fongosités extra et intra-ossseuses ; pansement habituel.

Le 15, issue spontanée d'un séquestre.

Exeat le 9 septembre par réforme temporaire avec persistance de la fistule osseuse et de l'écoulement auriculaire ; signes d'induration tuberculeuse des deux poumons.

OBSERVATION LXVIII. — C., 23 ans, soldat au 37^e régiment d'infanterie. Otite moyenne chronique suppurée à droite depuis quatre ans, mal éteinte. Au commencement de juillet 1902, douleurs dans l'oreille et la mastoïde droites, vertiges ; le 24, parésie faciale à droite.

Entre au Val-de-Grâce le 28 juillet. Bien que l'aspect de la région mastoïdienne soit peu modifié, la douleur à la pression sur l'antre et la paralysie faciale font décider l'opération.

Le 30 juillet, antrotomie classique après anesthésie à la cocaïne. Apophyse éburnée ; l'antre est assez profond et haut situé, comme chez l'enfant. Curettage ramenant des fongosités. Pansement habituel.

Malgré l'apyrexie, le malade est dans un état de santé médiocre ; il souffre et il ne dort pas. Ce n'est qu'à partir du 22 août que les douleurs deviennent d'abord supportables, puis insignifiantes. La parésie faciale s'améliore progressivement.

Le 1^{er} octobre, la paralysie faciale subit une aggravation brusque en même temps que la suppuration augmente. A l'otoscopie on trouve un petit polype au fond du conduit (acide chromique).

Le 11 novembre, en raison de la paralysie faciale et de la persistance d'une fistule mastoïdienne, nouvelle intervention, sous le chloroforme. Evidemment pétro-mastoïdien, long et laborieux ; curettage de la caisse (alerte cardiaque). Suture du pavillon à la plaie mastoïdienne après résection partielle du conduit ; suites opératoires normales ; tamponnement de la brèche attico-antrale par le méat auditif très élargi. Le 15 janvier 1903, on cesse le tamponnement.

Le 25 janvier, suintement léger seulement. La paralysie faciale est guérie. Exeat par réforme le 26 février.

Malade revu tout à fait guéri au commencement de 1904.

OBSERVATION LXIX. — G., 48 ans, garde forestier. Otite moyenne à gauche suppurée, grippale, il y a un an, compliquée de mastoïdite et opérée à Lariboisière. Les lésions devaient être étendues puisqu'on fut amené à réséquer l'apophyse zygomatique; guérison imparfaite, abcès ultérieurs et fistules.

A l'entrée au Val-de-Grâce, le 4 mars 1902, le malade se plaint de bourdonnements, de vertiges et d'une sensation d'engourdissement de la moitié gauche de la face. La voix chuchotée n'est pas perçue de ce côté. La voix ordinaire est bien entendue; le Weber est latéralisé à gauche et le Rinne positif de ce côté. A l'otoscopie on constate l'occlusion cicatricielle du conduit auditif par accolement de la paroi postérieure à l'antérieure; sur la cicatrice rétro-auriculaire, une fistulette conduit sur l'os dénudé.

Le 8 mars, opération. Anesthésie locale au chlorure d'éthyle et à la cocaïne. On arrive dans une cavité qui doit répondre à l'antre. Curettage; cautérisation au chlorure de zinc; suites normales.

Du 19 au 23 mars, un peu de bronchite avec fièvre. Pansement mastoïdien de huit en huit jours.

La cicatrisation définitive de la plaie opératoire est constatée le 1^{er} mai. Exeat le 6 mai.

OBSERVATION LXX. — L., 22 ans, soldat au 102^e régiment d'infanterie.

Otite moyenne aiguë suppurée à droite, il y a cinq ans. Nouvelle otite le 7 février 1903.

Entre à l'hôpital le 20 février. On constate des furoncles du conduit et une otite moyenne aiguë suppurée à droite avec perforation inférieure du tympan. Pas de végétations adénoïdes.

Le 8 mars, frisson et fièvre 38° 5. En même temps, symptômes mastoïdiens; œdème et douleur spontanée et à la pression sur le bord postérieur de la mastoïde.

Le 13 mars, opération après anesthésie chloroformique. Antrotomie classique, l'apophyse est scléreuse; quelques gouttelettes de pus dans l'antre, surtout des fongosités. Le sinus est mis à nu par le curettage de l'antre: il est jaune et bat peu, mais est très dépressible.

La fièvre, qui était de 38° le 12, tombe définitivement à 37°. Etat général très bon.

Le 19 mars, complication intercurrente: oreillons et reprise de la fièvre, 38° 2.

Le 22 avril, élimination d'un séquestre lamellaire par la plaie de trépanation restée fistuleuse.

Exeat par convalescence, le 30 mai, après cicatrisation de la plaie opératoire; persistance de l'otite.

Seconde entrée au Val-de-Grâce le 7 juillet. L'écoulement auriculaire continue et la plaie opératoire s'est de nouveau ouverte et est

devenue fistuleuse ; on sent des séquestres dans la profondeur. État général médiocre ; température oscillant entre 37° et 38°.

Le 28 juillet, sous le chloroforme, évidemment pétro-mastoldien classique, l'apophyse est éburnée. Pendant qu'on libère l'aditus, spasmes de la face. Plastique du conduit selon la technique de Moure. Pansement habituel. Dans l'après-midi, parésie faciale à droite.

La température baisse dès le 29 au dessous de 37°. Pansement renouvelé de huit en huit jours et de temps en temps tous les quatre jours quand il est trop souillé. Pansements ultérieurs au permanganate de potasse à 1/2000.

Le 26 septembre, la plaie opératoire est fermée. La paralysie faciale va s'améliorant ; il n'y a pas de réaction de dégénérescence du nerf.

Exeat par réforme n° 2 le 30 décembre 1903. Le malade a écrit en octobre 1904 que la paralysie faciale était guérie, mais que son oreille souffrait toujours.

OBSERVATION LXXI. — B., 22 ans, soldat au 4^e régiment d'infanterie. En avril 1903, au cours d'une permission, otite moyenne aiguë grippe à droite avec réaction mastoldienne qui fut traitée dans la famille du malade par des lavages boriqués et des applications de pommades. L'état local s'aggrava et le malade dut être opéré d'urgence en ville le 3 juillet, puis réopéré le 9. Il entra au Val-de-Grâce le 17 août dans l'état suivant.

Etat infectieux, teinte subictérique, température à 38°, suppuration profuse par le conduit auditif droit. Tuméfaction diffuse étendue en largeur jusqu'à la moitié du cou. Cicatrice bourgeonnante longue de dix centimètres dans le sillon rétro-auriculaire se prolongeant le long du sterno-cléido mastoldien ; un drain plonge à la partie supérieure à 10 centimètres de profondeur. Un autre drain à 7 centimètres en arrière du précédent près de l'inion pénètre aussi à 10 centimètres de profondeur.

Le 19 août opération sous chloroforme. Réouverture de l'incision antérieure. On trouve l'apophyse évidée par l'intervention antérieure (attico-antrotomie probablement) ; mais la pointe est nécrosée, friable et on en fait la résection à la curette. Ouverture au point déclive du foyer purulent développé dans la gaine du sterno et passage d'un drain depuis la région mastoldienne jusqu'à hauteur du thyroïde. Débridement et drainage au point déclive du foyer occipital.

Le 22, la température est tombée à 37°.

Le 26, l'abcès postérieur était guéri et l'abcès antérieur en voie de guérison, quand la fièvre se rallume, la température atteint progressivement 38°, puis 39°, en même temps que le malade se plaint de douleurs qui en imposent d'abord pour une angine aiguë, mais qui, le 23, s'accompagnent d'une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx.

Cet abcès rétropharyngien est ouvert largement par voie buccale le jour même. Lavages au permanganate à 1/1000. Dans les jours qui suivent, suppuration persistante par la fistule du pharynx et par celles du cou et de la mastoïde ; pansements quotidiens.

Le 16 septembre, symptômes pulmonaires à la base droite, expectoration riche en pneumocoques, mais sans bacilles; vomissements.

Le 26 septembre, on remarque que l'injection de permanganate poussée par la plaie cervicale, passe par l'ouverture de l'abcès du pharynx, ce qui explique les vomissements. Cessation des injections.

Etat général très médiocre; albuminurie (5 grammes par litre), rapidement améliorée par le régime lacté.

Le 16 novembre, état général et local excellent; la température reste au-dessous de 37°. Le malade sort par réforme n° 2 le 29 novembre. Il va, sur nos conseils, se faire panser à l'hôpital de Montargis, d'abord régulièrement puis irrégulièrement; l'état local continue à s'améliorer. Au commencement de 1904, le malade cesse le traitement.

Il a été perdu de vue à cette époque, mais à la fin de 1904 il nous écrit pour nous annoncer sa guérison complète; il a repris sa profession de charretier.

II. — Mastoïdites compliquées et complications endo-craniennes.

OBSERVATION LXXII (*in extenso* dans les *Arch. internat. de laryngol.*, 1901). — W., 22 ans, soldat à la 1^{re} compagnie de remonte. Otite moyenne chronique suppurée à droite depuis l'âge de 5 ans avec abcès périauriculaires multiples et fistules intermittentes.

Entré au Val-de-Grâce le 1^{er} novembre 1898. Atrésie considérable du conduit dont la paroi postéro-supérieure est très abaissée; deux fistules à la partie supérieure du sillon auriculo-temporal; cholestéatome.

Le 10 décembre, sous anesthésie chloroformique, opération. On trouve, au-dessus du conduit, une perforation qui donne accès par un canal osseux dans une cavité située entre la face supérieure du rocher et la dure-mère. Atticotomie et mise en communication de la caisse avec cette cavité. On ne trouve pas l'aditus qui est oblitéré et on ne recherche pas l'antre. Curettage des masses cholestéatomateuses qui remplissent ces cavités. Plastique du conduit. Pansement habituel.

Suites opératoires simples; pansements de quatre en quatre jours. Exit le 23 février 1899 par réforme temporaire. Le malade nous a écrit en 1900 que son oreille ne suppure plus et qu'il a repris sa profession de maréchal-ferrant.

OBSERVATION LXXIII (publiée *in extenso* en même temps que la précédente). — F., 21 ans. Otite moyenne chronique suppurée à droite remontant à l'âge de 8 ans, suivie de phlegmon périauriculaire ouvert spontanément. Bronchite aiguë récente.

Entre à l'hôpital le 7 décembre 1900. Le tympan est réduit à une lanière entourant le marteau; quelques fongosités polypiformes. Les crachats contiennent des staphylocoques, des streptocoques et surtout du bactérium coli qui prédomine.

Le 13 décembre, fièvre, vertiges, nausées, photophobie, céphalée.

Le 14, sous le chloroforme, antro-atticotomie. L'ouverture de

l'antre met à découvert un gros cholestéatome encapsulé qui a évidé la mastoïde presque entière et mis à nu le sinus latéral qui est resté perméable. L'aditus et la caisse ne renferment que des fongosités. Plastique suivant le procédé de Panse-Körner. Pansement ordinaire; suites opératoires simples. Pansement de huit en huit jours.

Exeat le 8 mars par réforme; cicatrisation presque absolue.

État fonctionnel de l'oreille peu modifié. En fin juillet, guérison absolue.

La tumeur cholestéatomateuse était entourée de lamelles épidermiques imbriquées; son contenu renfermait du streptocoque et surtout du colibacille.

OBSERVATION LXXIV. — M., 21 ans, soldat au 89^e régiment d'infanterie. Otite moyenne suppurée chronique depuis six ans. Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 30 octobre 1901. Suppuration abondante, bourdonnements, vertiges, douleur mastoïdienne, surtout à la pointe. Chute de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, réduisant celui-ci à une fente. Pas d'adénoïdes.

Le 2 novembre, en raison de l'œdème profond localisé surtout à la pointe de la mastoïde avec réaction du sterno-cléido-mastoïdien, en raison de la douleur sur la région de l'antre et de l'insomnie, une intervention est décidée. Anesthésie locale par chlorure d'éthyle et cocaïne. Dès l'incision, la pression sur la partie antérieure de la pointe de la mastoïde fait sortir par le conduit des débris de cholestéatome très fétide et du pus grumeleux, où l'on trouva ultérieurement du streptocoque et un microbe analogue au bactérium coli. Apophyse éburnée; l'antre ne contient que des fongosités et pas de pus. Les cellules de la pointe sont mises à nu. En explorant les parois de l'antre, on pénètre vers l'intérieur du crâne dans une cavité profonde de 4 centimètres environ, d'où la curette ramène des fongosités.

L'opération en reste là; l'évidement pétro-mastoïdien reconnu nécessaire, exigeant l'anesthésie chloroformique, est renvoyé à une séance ultérieure. Pendant les douze jours qui suivent, la suppuration fétide continue, mais le gonflement et la douleur disparaissent.

Le 14 novembre, évidemment pétro-mastoïdien sous anesthésie chloroformique. L'antre est situé plus haut que d'ordinaire, comme chez l'enfant, l'aditus est très profond. Fongosités dans l'aditus et la caisse et pas de masses cholestéatomateuses. Plastique du conduit de Panse-Körner. Pansement ordinaire. Réunion par première intention de la plaie rétro-auriculaire.

Le 24 janvier 1902, guérison totale.

Exeat par réforme le 8 février. Perception aérienne abolie, perception cranienne conservée.

OBSERVATION LXXV. — B., 30 ans, officier de réserve. Otite moyenne chronique suppurée à gauche post-scarlatineuse depuis l'âge de 5 ans. En décembre 1902, poussée aiguë. Nouvelle poussée le 17 janvier 1903, à la suite d'un refroidissement, avec vives douleurs, fièvre et état général inquiétant.

Entre à l'hôpital le 21 janvier; vertiges, photophobie, douleurs

extrêmes, surtout dans la région antrale et sous-antrale. OEdème mastoïdien et temporal; conduit auditif considérablement réduit de calibre.

Le 22 janvier, intervention sous le chloroforme. La rugination du périoste donne issue à une petite quantité de pus. La trépanation de la mastoïde (dont la corticale forme un angle très obtus avec la paroi postérieure du conduit auditif) mène directement sur le sinus anormalement placé très en avant et il faut glisser entre lui et le conduit, très près de celui-ci, pour atteindre l'antra. On évacue des débris cholestéatomateux assez abondants.

Malgré l'opération, les douleurs persistent, très vives; l'agitation est considérable; insomnie, rachialgie, céphalée; légère parésie faciale qui disparut en huit jours.

Le 24, la fièvre tombe et tout rentre dans l'ordre et y reste pendant quatre jours. Le 29, la fièvre se rallume, la douleur reparait; le 1^{er} février, aphasie passagère et parésie du bras droit. Cet état s'améliore du 2 au 4 février, mais l'aggravation se reproduit le 5, la céphalée et l'aphasie se manifestent encore.

Le 6, l'amélioration revient définitivement, la fièvre cesse, les douleurs s'atténuent, l'état général et l'état local évoluent vers la guérison. Le pansement est refait de huit en huit jours. Exeat le 28 février.

Le malade revient en consultation tous les mois. Plusieurs périodes de guérison d'assez longue durée, entrecoupées d'éphémères rechutes.

A la fin de 1904, la guérison paraît définitive.

OBSERVATION LXXVI (publiée dans la thèse de Cornet, Lyon 1902).

—P., soldat au 130^e régiment d'infanterie, 22 ans. Otites suppurées dans l'enfance. Le 8 juin 1899, angine phlegmoneuse suivie d'une otite moyenne aiguë suppurée à gauche.

Entre au Val-de-Grâce le 10 juin 1899. La voix ordinaire est mal entendue. Weber latéralisé à droite, Rinne positif. Bourdonnements, vives douleurs dans le conduit et derrière le pavillon. Le tympan est épaissi, infiltré, couvert de pus, avec une perforation antérieure.

A partir du 15 juin, la suppuration va en diminuant, le 23 elle est tarie; le 2 juillet, le tympan a repris son aspect presque normal, sauf un état amiantacé qui diffuse la lumière irrégulièrement.

Le 5 juillet, à midi, douleurs très vives, et à 6 heures du soir, la suppuration se rétablit au travers d'une perforation antérieure spontanée du tympan. L'écoulement continue sans incident jusqu'au 18 juillet; ce jour-là, la fièvre apparaît, 38° 7 le soir, et atteint, le 21, 40° le matin, 40° 4 le soir, malgré une paracentèse du tympan. L'état général est assez mauvais, on pense à la dothiéntérie, mais le séro-diagnostic est négatif. Il y a de l'insomnie, de la céphalée, des douleurs dans la nuque. Rien à l'examen ophtalmoscopique; pupilles égales, pouds à 118.

Le 23, le thermomètre, qui était, le matin, à 38° 6, remonte à 39° 5; le malade a un frisson, la céphalée reparait; le pouds est à 120.

Le 24 juin, le malade accepte l'intervention, qu'il refusait depuis deux jours. Antro-atticotomie classique avec anesthésie chloroform-

mique. On ramène une esquille du toit de la caisse, on sent la dure-mère à nu à ce niveau.

L'état général s'améliore après l'opération et la température paraît baisser. Mais le 26, au soir, nouveau frisson; le 26, au soir, température 39° 2.

Le 27, état général plus mauvais; adynamie, teinte ictérique des conjonctives; sérum artificiel. Le soir, la température qui était de 38° 2 le matin, s'élève à 39° 2. Agitation, délire, hallucinations, déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche, carphologie; dyspnée; à 5 heures du soir, après anesthésie légère au chloroforme, mise à nu du sinus latéral.

Opération très laborieuse dans une apophyse très dure. Incision et curettage du sinus. Ligature de la veine jugulaire à hauteur du cartilage thyroïde, suivie d'un lavage sinuso-jugulaire. Ponction blanche dans le cervelet. Le malade meurt trois heures après sans avoir repris connaissance.

Autopsie : Méningite purulente de toute la base de l'encéphale depuis le chiasma jusqu'au bulbe. Le sinus latéral gauche contient des caillots fibrineux adhérents. Un point d'ostéite au-dessus du toit de la caisse. Rien de particulier pour les organes thoraciques ou abdominaux.

OBSERVATION LXXVII. — E., 22 ans, soldat au 5^e régiment d'infanterie. Otite aiguë à gauche, le 14 août 1902, consécutive à une angine. Suppuration abondante à partir du 17, bourdonnements et fièvre.

Entré au Val-de-Grâce le 21 août. La voix chuchotée est entendue à G. à 0^m 20 et la voix forte à 4^m, le Weber est latéralisé à gauche et le Rinne négatif de ce côté. Tympan gauche épaissi, couvert de pus, perforé au niveau de l'ombilic. Légère douleur mastoïdienne. Un peu de pharyngite; déformation extérieure du nez à la suite d'une chute datant de l'enfance.

État stationnaire jusqu'au 25 août. A partir du 25, les douleurs mastoïdiennes deviennent plus vives et réveillent le malade pendant la nuit. Le 27 au soir la température atteint 37° 8, le lendemain soir 38° et le surlendemain 40° 5. Il y a une diminution du calibre du conduit et une douleur mastoïdienne au lieu d'élection qui font décider l'intervention.

Le 30 avril, antrotomie au point classique, sous cocaïne; l'apophyse est scléreuse et la trépanation s'arrête à 1 cent. 5 de profondeur sans qu'on puisse affirmer avoir ouvert l'antre; on trouve quelques fongosités dans le tissu osseux mais pas de pus.

Le 31 août et le 1^{er} septembre, le malade se trouve mieux, mais la température oscille entre 39° et 40°. Plus de céphalée, plus de douleurs d'oreilles, le sommeil est revenu; pas de symptômes cérébraux; rien à l'examen ophtalmoscopique.

Le 3 septembre, douleur le long du sterno-cléido-mastoïdien, agitation, insomnie, subdélire, vertiges; le pouls est à 110°. Température à 40° le matin et 39° 8 le soir. Nouvelle intervention dans l'après-midi, sous le chloroforme; abrasion de toute la paroi externe

de la mastoïde ; découverte près du bord postérieur de deux cellules aberrantes contenant des fongosités. Le pus de l'oreille contient du streptocoque. Un ensemencement de sang recueilli dans la veine du coude a révélé la présence du streptocoque.

Amélioration le 4 ; la température descend de $40^{\circ}2$ à $39^{\circ}4$ dans la journée et le lendemain à $38^{\circ}3$ et $38^{\circ}5$.

Le 6 septembre, teinte subictérique, douleurs articulaires (épaules, coudes, genoux). Adynamie, incontinence des matières fécales ; température $39^{\circ}5$. Pas de frissons.

Du 6 au 10 septembre la température oscille peu entre 39° et 40° ; l'état général reste mauvais : la plaie opératoire suppure abondamment. Le foie et la rate sont augmentés de volume, la langue prend l'aspect roti, les articulations, en particulier l'épaule droite, sont douloureuses ; on trouve des râles à la base du poumon droit.

Mort subite, par syncope, le 11 septembre, au matin.

Autopsie. Intégrité des méninges et de l'encéphale. Dans le sinus latéral gauche, caillots gris, non adhérents aux parois qui ne sont pas dépolies (phlébite toute récente par conséquent) allant du bulbe de la jugulaire au pressoir d'Hérophile. Pas de perforation de la caisse ou de l'antre vers l'endocrâne : toutes les cavités de la mastoïde ont été ouvertes par les deux opérations. Osselets atteints par l'ostéite, ramollis. Recessus hypotympanique très profond et contenant du pus vert très adhérent à la muqueuse. Adhérences anciennes au sommet du poumon droit ; pleuro-pneumonie récente de la base. Cœur rempli de caillots mous ; végétations d'aspect papillomateux sur la valvule tricuspide et surtout sur la mitrale (endocardite végétante). Engorgement des ganglions mésentériques. Foie énorme, 2.495 grammes. Rate grosse et ramollie, 620 grammes. Les reins se décortiquent mal. Pas d'arthrites suppurées des articulations des membres.

OBSERVATION LXXVIII. — M., garde républicain, 33 ans. Otite à droite dans l'enfance. Rechute en 1888 ; paralysie faciale en 1889, d'une durée de 15 jours ; rechute de l'otite au début de février 1903. Entré à l'hôpital le 22 février.

À l'examen subjectif, Weber latéralisé à droite. Rinne négatif ; acuité auditive presque nulle ; à l'examen otoscopique on découvre dans l'oreille droite une masse blanche, réfringente, en squames que l'examen macroscopique et microscopique démontre être un cholestéatome. À partir du 23, accès fébriles quotidiens et frissons répétés ; la température va de $36^{\circ}8$ à $39^{\circ}2$ et la courbe décrit des oscillations à grande amplitude.

Dès le 25 février, apparition de signes de papillite à droite avec aspect hémorragique périapillaire.

Douleur à la pression le long de la jugulaire à partir de la pointe de la mastoïde. Sueurs profuses.

Malgré une apyrexie passagère, survenue le 27, une intervention est pratiquée, le 28, sous le chloroforme. Évidemment pétro-mastoidien classique (antro-atticotomie) qui permet d'enlever d'abondantes

masses cholestéatomateuses remplissant l'antre, l'aditus et la caisse, réduisant la mastoïde à une coque si friable que la pointe se sépare du reste par un trait de fracture linéaire. Le sinus latéral, découvert, est jaune et sans pulsations : ouverture et curettage, sans ligature de la jugulaire, l'état grave du malade ne permettant pas de prolonger l'intervention.

Les jours suivants, c'est-à-dire du 1^{er} au 6 mars, le malade a toujours des frissons et de la fièvre à grandes oscillations ; des crachats rouillés contiennent des pneumocoques ; il y a un peu d'ictère d'infection.

Le 6 mars, on incise sous chloroforme un phlegmon développé dans la gaine des vaisseaux du cou ; la veine jugulaire est impossible à reconnaître dans ce phlegmon périphlébitique. L'injection faite dans la cavité du phlegmon ressort par la vaste brèche mastoïdienne. Drainage.

A partir du 7, la température tombe à 37° et ne remonte plus. Grâce à une alimentation tonique, l'état général s'améliore vite, la bronchite guérit.

Le 22 avril, la plaie du cou était cicatrisée, mais la plaie rétro-auriculaire restait fistuleuse.

Nouvelle intervention le 1^{er} août ; curettage des débris cholestéatomateux trouvés encore dans la caisse. Réunion de la plaie mastoïdienne et tamponnement par le conduit.

Le malade ne quitte l'hôpital que le 29 septembre. La plaie est définitivement fermée en arrière du pavillon. Quant à la sécrétion de la cavité opératoire, devenue tout entière accessible par le conduit, elle est absolument insignifiante et d'ailleurs intermittente. En rentrant de congé de convalescence, ce garde a repris son service. Il vient se faire périodiquement examiner. A l'heure actuelle (fin de novembre 1904), la cavité est revêtue d'un épiderme solide, et la guérison paraît définitive.

OBSERVATION LXXIX. — A., 22 ans, caporal au 103^e régiment d'infanterie. Otites suppurées dans l'enfance. Ethylisme chronique datant de l'adolescence. Depuis 3 semaines, suppuration de l'oreille gauche survenue à la suite d'une angine phlegmoneuse.

Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 22 mai 1903. Perception aérienne et crânienne abolies à gauche ; suppuration abondante.

Le 1^{er} avril, le malade se plaint d'une douleur vive dans l'articulation phalango-métatarsienne du gros orteil droit : enveloppement au salicylate de méthyle, la température est de 37°5, 36°8, 36°4 les jours suivants.

Le 6, signes de suppuration autour du gros orteil ; une incision sur le bord externe donne issue à une petite quantité de pus.

La température s'est élevée à 38°, elle atteint progressivement 38°8, 39°5, 40°5 en 3 jours. L'état général devient de plus en plus mauvais, l'adynamie est considérable, la céphalée intense ; le malade a une épistaxis abondante. Aucun symptôme spécial du côté de l'oreille et de la mastoïde.

Cet état d'infection persiste malgré l'incision large et le drainage du gros orteil. On pense alors à une septico-pyohémie d'origine auriculaire ; une intervention sur l'oreille est décidée.

Le 10 avril, opération de Stacke sous chloroforme. L'antre est très petit et très profond, ce qui oblige à faire sauter la paroi externe de l'aditus en introduisant le protecteur par la caisse au lieu de le faire passer par l'antre. La caisse, remplie de fongosités, est curettée avec soin et explorée : nulle perforation de ses parois. Un peu de parésie faciale dans les heures qui suivent le réveil. Après l'opération la température tombe de 41°5 à 36°.

La céphalée a disparu. Pas de contraction ; pas de signes de Kernig. Rien d'anormal à l'examen ophtalmoscopique. Ponction lombaire : hypertension, issue en jet de 10 centimètres cubes de liquide ; rien au point de vue cytologique. Examen bactériologique du sang négatif également. Signes de broncho-pneumonie à la base gauche ; crachats contenant du leptothrix en abondance.

En raison des oscillations thermiques considérables de 3 degrés, des journées du 10 et du 11, une nouvelle intervention est pratiquée le 12, pour mettre à nu le sinus. La brèche de la mastoïde est agrandie en arrière très péniblement, car l'apophyse est éburnée : il faut creuser au delà de 1 centimètre 5 de profondeur pour découvrir le sinus. Il est jaune et ne bat pas. Ponction à la seringue de Pravaz négative. Ponction au couteau à cataracte, issue d'un dé à coudre de pus séreux, roussâtre. Curettage des parois du sinus.

A partir du 13, les grandes oscillations thermiques ont disparu, la courbe de température est atypique : 37°8, 40°2, 40°, 40°1, 38°, 39°; la suppuration du gros orteil exige un nouveau débridement. Un abcès développé à la région sacrée est incisé le 19 ; il contient du streptocoque. Il est débridé le 20 et le 21 et il en sort du tissu cellulaire sphacélé. Pansements à l'eau oxygénée.

L'abdomen se ballonne. La dyspnée s'exagère, les sphincters se relâchent, le délire est presque continu. Le malade meurt dans l'après-midi du 21 avril avec 39°9 de température.

Autopsie. Thrombo-phlébite du sinus latéral en amont du point où il a été incisé et cureté, gagnant le sinus longitudinal et ne s'arrêtant qu'au sinciput. Plaque unique de leptoméningite au pied des deuxième et troisième frontales gauches. Pas d'abcès cérébral ou cérébelleux ; intégrité des méninges spinales. Pas de perforation du tegmen tympani ni du tegmen antri. Cœur gras ; infarctus du poumon gauche et œdème du tissu sous-pleural à la base de ce côté. Foie très gras, 2.220 grammes. Rate molle et diffluente, grosse, 195 grammes. Reins violacés gros, se décortiquant mal, pesant 210 et 220 grammes. Abcès de la région sacrée collecté entre la peau et l'aponévrose, situé à 8 centimètres au-dessous du point de la ponction lombaire, sans relation avec elle. Arthrite suppurée métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

OBSERVATION LXXX. — (Publiée *in extenso* dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (1904, p. 786, et dans les *Archives internationales de laryngologie, otologie, etc.* 1903, p. 437).

D., 22 ans, soldat au 40^e régiment d'infanterie. Otite catarrhale à droite un an auparavant. Entré au Val-de-Grâce le 4 juin 1904 avec une otite aiguë bilatérale récente et des douleurs mastoïdiennes à gauche. Paracentèse du tympan gauche.

Le 5 juin, symptômes de mastoïdite subaiguë à gauche. Le 6, trépanation de la mastoïde. Le 11, symptômes de pyohémie (frissons et grandes oscillations thermiques de 2 à 3 degrés). Le 14, nouvelle intervention ayant pour but de mettre à nu le sinus latéral; ce sinus qui est jaune et ne bat pas est incisé crucialement; pas de ligature de la jugulaire interne. Le 23, apyrexie définitive. Etat général excellent.

Le 16 juillet, cicatrisation complète de la plaie opératoire. Exeat.

De retour au corps en novembre, ce soldat accuse des vertiges, des bourdonnements à gauche et des douleurs dans la moitié gauche du crâne et de la face. Il est envoyé à l'hôpital le 6 décembre; cicatrice opératoire adhérente.

Tympan gauche rétracté; audition bonne; voix ordinaire entendue à 4 mètres. En raison de l'opération subie, réformé n° 2, le 8 janvier 1905.

OBSERVATION LXXXI. — R., 24 ans, soldat au 12^e régiment d'artillerie.

Le 22 mars 1899, otite aiguë à droite au cours d'une grippe avec angine pour laquelle le malade est entré au Val-de-Grâce le 13 mars.

Le 13 avril, un point douloureux est noté à la partie supérieure de la mastoïde droite: il n'y a pas de chute de la paroi postérieure du conduit. Le 14 avril, au soir, la température s'élève à 38°9: la région mastoïdienne est rouge, œdématiée, le pavillon rejeté en avant.

Le 15 avril, intervention après anesthésie à la cocaïne. Incision de 6 centimètres dans le sillon; hémorragie abondante due à l'infiltration des tissus mous. Au premier coup de ciseau, le pus sort en jet. La mastoïde est presque entièrement évidée par le pus; ouverture large, curettage. Le pus contient des streptocoques et staphylocoques. Le malade présente également les signes d'une broncho-pneumonie à gauche. Aussi, malgré l'intervention, la température reste le 15 à 38°5 et 39°2, le 16 à 38°1, 40°1, le 17 à 38°2, 39°5, le 18 à 38°3-39°6, le 19 à 37°6-39°8, le 20 à 37°4-39°1.

Le pansement a été refait le 17 et le 20. Épistaxis, expectoration abondante à pneumocoques avec quelques streptocoques; pas de signe d'infection endocranienne. A l'examen ophtalmoscopique, les bords de la papille sont flous, mais ils le sont également des deux côtés. L'auscultation des veines du cou n'indique aucune modification pathologique.

Du 21 au 24, le malade est apyrétique, la température oscillant autour de 37°; la broncho-pneumonie continue à évoluer.

Le 25, la fièvre reparait, en même temps que le malade accuse une douleur dans la fesse gauche et une sensation de corps étranger péri-

rectal. Le toucher rectal fait constater une tuméfaction rénitente refoulant la moitié gauche du rectum, grosse comme la moitié du poing, à 8 centimètres de l'anus. L'ensemencement du sang est resté stérile.

Du 25 avril au 6 mai, la courbe décrit des oscillations autour de 37° le matin et de 38° ou 39° le soir. L'otite est guérie ; mais la plaie mastoïdienne bourgeonne mal ; il y a un peu d'ictère, les urines sont légèrement albumineuses.

Une complication nouvelle apparaît le 8 mai : l'œdème du membre inférieur gauche et une douleur le long de la veine fémorale et de la veine iliaque externe permettant d'affirmer la phlébite ; enveloppement ouaté. Le 11 mai, arthralgie de l'épaule gauche et du poignet gauches.

Le 16 mai, tuméfaction de la rate qui est douloureuse, et arthrite manifeste du poignet gauche. La température décrit de grandes oscillations, allant de 37° le matin à 39° et 40° le soir. Quelques frissons.

Le 20 mai, violent point de côté à gauche et constatation d'un foyer de pneumonie typique à la base. La température reste les jours suivants entre 38° et 39°.

Le 25 mai, injection de sérum de Marmorek (10 grammes). La plaie mastoïdienne est atone. L'œdème du membre inférieur gauche diminue ; l'épaule est indolore ; le poignet encore tuméfié.

Le 27, nouvelle injection de sérum de Marmorek ; aggravation de l'état pulmonaire. Mort rapide dans la nuit du 27 au 28 mai.

Autopsie : intégrité de l'encéphale, des parois cérébrales, de la caisse, de l'antre et du sinus latéral. Oreille moyenne guérie, antre tapissé d'une membrane lisse. Trois foyers de pleurésie enkystée à la base du poumon gauche contenant des paquets fibrineux ; la plèvre mesure par endroit 3 à 6 centimètres. Le poumon gauche est hépatisé. Péricardite avec épanchement liquide de 120 grammes. Myocarde de couleur feuille morte ; rate diffluente, 450 grammes ; foie très gras, 2.700 grammes. Deux foyers purulents enkystés dans le petit bassin : un rétro et sous-pubien, l'autre gagnant l'échancrure sciatique ; ils communiquent tous deux. Périphlébite et endophlébite de la veine iliaque externe gauche. Sérosité louche dans l'articulation du poignet gauche.

OBSERVATION LXXXII. — B., 22 ans, soldat au 39° régiment d'infanterie. Angine le 9 décembre 1898, suivie, quelques jours après, d'otite moyenne aiguë suppurée bilatérale.

Entre au Val-de-Grâce le 9 février 1899. Les deux oreilles suppurent abondamment. Douleur mastoïdienne à gauche avec œdème marqué surtout à la pointe et sur le sterno-mastoïdien. Température 37°5. Etat général médiocre.

Le 12 février, antrotomie classique à la cocaïne. L'os est raréfié et s'effrite ; la pointe entière est détruite, y compris sa paroi interne (pus à streptocoques et staphylocoques), curettage des fongosités. Pansement ordinaire.

La température descend de 37°5 à 37°, suites normales. Pansement de huit en huit jours.

Le 1^{er} mars, fièvre 39°2, 39°8; adynamie; l'état général s'aggrave. La température atteint bientôt 40°, le délire survient, le ventre se ballonne.

Le 6, le diagnostic de dothiéntérie est confirmé par le séro-diagnostic. Puis surviennent des abcès à staphylocoques (cuisse et jambe). Le 10, mort.

Autopsie : dothiéntérie à lésions prédominantes sur le colon ascendant. Intégrité des méninges, de l'encéphale et des sinus.

OBSERVATION LXXXIII. — M. X., colonel, 58 ans. Grippe et otite catarrhale à gauche en mai 1902. Céphalée et névralgies fort pénibles mais permettant la vie ordinaire jusqu'en septembre. Alors apparaissent les signes d'un abcès mastoïdien qui est incisé dans sa garnison le 17 septembre, après anesthésie chloroformique; la trépanation mastoïdienne est refusée par la famille. La fièvre continue et le 26 septembre il faut inciser un autre abcès sur la face externe de l'apophyse. La température oscille autour de 38° tous les soirs. Il y a quelques râles fins aux bases des poumons. Une tuméfaction douloureuse de la partie postéro-supérieure de la cuisse gauche apparaît à ce moment. L'état général est mauvais par suite de l'infection septico-pyohémique.

Entre au Val-de-Grâce le 24 octobre. Constatation d'une fistule mastoïdienne à gauche; tissus infiltrés et douloureux; douleur à la pointe de la mastoïde qui baigne dans un foyer de suppuration engainé par le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il existe en outre une vaste collection purulente profonde occupant la partie postérieure de la cuisse gauche et la fesse.

Le 26 octobre, opération après anesthésie chloroformique. Incision rétro-auriculaire passant par l'orifice fistuleux, complétée par un débridement horizontal postérieur. On constate que le décollement s'étend sous le splénus. Antrotomie faite en partant de la fistule. L'antre est plein de pus; sa paroi interne est détruite et le sinus latéral baigne dans la suppuration; il y a un vaste clavier sous le muscle sterno-mastoïdien. Résection étendue de la mastoïde qui est véritablement disséquée par le pus. Le massif du facial est ménagé avec soins, tamponnement iodoformé. Incision de l'abcès de la cuisse et drainage.

Le 28 octobre, amélioration notable. Pour la première fois, depuis plus d'un mois, la température n'atteint pas 38° le soir.

Du 29 octobre au 9 novembre, l'état général et l'état local sont de plus en plus satisfaisants.

Le 10 novembre, frisson brusque; point de côté avec apparition d'un foyer de pleuro-pneumonie à gauche; expectoration à pneumocoques. A partir de cette date, la fièvre continue à osciller entre 37° et 38°. Amélioration pulmonaire lente, bacilles de Koch dans l'expectoration. Fistulette rétro-auriculaire persistante.

Exit le 13 janvier 1903, avec persistance d'une petite fistule qui s'est fermée ultérieurement.

OBSERVATION LXXXIV. — (Observation publiée *in extenso* dans la *Parole*, n° 1, janvier 1902.) T., 14 ans, enfant de troupe étant en permission à Paris le 21 décembre 1898, est atteint d'une otite moyenne aiguë à droite, qui se complique bientôt de symptômes de mastoïdite.

Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 30 décembre. Ecoulement purulent abondant par le conduit auditif droit. OEdème et douleurs dans la région mastoïdienne, surtout, à la base de l'apophyse, vomissements, fièvre 38° 5.

Le 31 décembre, sous l'anesthésie à la cocaïne, antrotomie classique. L'antre est trouvé à 1 centimètre 1/2 de profondeur ; il en sort du sang et du pus mélangés (pus contenant beaucoup de streptocoques et quelques staphylocoques). Tamponnement aseptique.

L'après-midi, la température descend à 37° 8 avec pouls à 100, mais le malade est assoupi, abattu, en état de subdélirium avec facies vultueux ; il a perdu la notion du temps et le souvenir exact de l'opération pratiquée, qu'il rapporte à la veille.

Le 1^{er} janvier 1899, agitation, contracture de la nuque, léger ptosis, pupilles dilatées mais égales. A l'examen ophtalmoscopique, fond d'œil normal ; lésion de papillite ancienne à droite (bords flous, partie externe décolorée, veines dilatées), attribuable aux suites d'une scarlatine.

La température est de 38° 4, mais atteint 39° 2 le soir et le délire reparaît.

Le 2 et le 3 janvier, même état, la température oscillant autour de 38°.

Le 4 janvier, on constate l'inégalité pupillaire (mydriase à droite) ; l'abattement persiste, mais le délire s'atténue. Il existe une douleur assez marquée à la partie la plus élevée de la gouttière carotidienne. Le malade a eu un frisson le matin et la température est passée de 37° 2 à 38° 8 du matin au soir.

Le 5, la température descend à 37°. A partir de ce jour l'état général s'améliore et la température oscille autour de 37°, puis atteint 36°.

Le 12, en refaisant le pansement, on trouve la plaie opératoire mastoïdienne souillée d'une minime quantité de pus, tandis qu'il y en a une quantité véritablement considérable en face du conduit auditif, qu'on ne peut attribuer qu'à un abcès sous-dural de voisinage, brusquement ouvert dans ce conduit, fait en rapport les signes observés les jours précédents.

Le 26 janvier, la plaie mastoïdienne et le conduit ont donné fort peu de pus, bien que le pansement ne soit fait que de huit en huit jours.

Le 16 février, le conduit est sec et la plaie opératoire épidermisée. La montre est entendue à 0 m 15 droite, la voix ordinaire à 5 mètres, le Weber latéralisé à droite et le Rinne négatif. Le tympan a repris un aspect quasi normal, sauf une cicatrice grise, déprimée, en arrière de la spatule.

Exit le 4 mars.

OBSERVATION LXXXV. — (Communiquée au VII^e congrès international d'otologie et publiée *in extenso* dans les *Archives internationales de laryngologie*, etc., 1904, p, 423). C., 23 ans soldat au 38^e d'infanterie, en permission à Paris. Il y a 3 mois otite aiguë légère à gauche, consécutive à une angine et guérie en 8 jours. Depuis 10 jours, douleurs autour de l'oreille gauche.

Entre au Val-de-Grâce le 13 avril 1897 pour un phlegmon temporal. OEdème allant en avant jusqu'à l'arcade zygomatique et en arrière jusqu'à la base de la mastoïde, sillon rétro-auriculaire effacé.

Conduit auditif sec, tympan gris ; procidence de la paroi postéro-supérieure du conduit. Température 37° 4.

Le 1^{er} mai, opération. Anesthésie à la cocaïne. Longue incision en baïonnette ; issue d'un flot de pus (surtout des streptocoques) ; on trouve une perforation spontanée à côté de l'épine de Henle. Ouverture facile de l'antre qui est curetté et débarrassé des fongosités qu'il contient ; évidemment large de l'apophyse. Pansement habituel ultérieurement renouvelé de huit en huit jours.

Persistance du trajet fistuleux malgré un curettage complémentaire. Dès le mois d'août le malade accuse une douleur au-dessus et en arrière de la base de la mastoïde, qui s'aggrave quand la fistule se ferme temporairement ; la température est autour de 37°.

Le 29 octobre, attico-antrotomie sous l'anesthésie chloroformique ; os friable ; cellules périantrales postéro-supérieures remplies de fongosités ; pas de perforation du crâne.

Les douleurs, l'inquiétude, la tristesse persistent ; raie méningitique ; pouls à 80, pas de signe de Kernig ; papillite à l'examen ophtalmoscopique. Température oscillant entre 38° le soir et 37° le matin. Douleurs avec battements.

Le 12 novembre, œdème localisé à la bosse pariétale. Incision : ouverture d'un abcès sous-cutané et découverte d'un pertuis osseux du calibre de la sonde cannelée. Agrandissement de cette brèche osseuse ; issue d'un quart de verre de pus en tout (pus à pneumocoques). Dure-mère fongueuse, mais non perforée.

Amélioration rapide, pansement de huit en huit jours. Guérison lente de l'évidement péto-mastoïdien et de la trépanation du pariétal.

Cicatrisation totale et définitive le 5 mars 1900.

Exeat par réforme. Malade revenu en septembre 1901. Guérison persistante. Il exerce sa profession de jardinier sans fatigue aucune.

OBSERVATION LXXXVI. — R., 21 ans, soldat au 117^e régiment d'infanterie. Entré à l'hôpital le 14 février 1900, pour une otite moyenne chronique suppurée réchauffée à droite. Perception aérienne tout à fait abolie ; Weber latéralisé à gauche et Rinne négatif. Perforation antéro-inférieure du tympan droit. Rhino-pharyngite entretenue par des végétations adénoïdes de volume notable. Douleurs rétro-auriculaires et prétragiques.

Le 23 février, ablation des adénoïdes au couteau. Etat stationnaire.

Le 7 mars, un frisson, la fièvre apparaît et elle continue jusqu'au 14, la température oscillant entre 37° et 38°. Apyrexie pendant 3 jours ; le 17, frisson et fièvre (40° 3). Céphalée intense, insomnie. Rien à l'examen ophtalmoscopique ; souffle jugulaire très marqué à gauche et absent à droite.

Le 20 mars, évidemment pétro-mastoïdien sous l'anesthésie chloroformique. Dès que la corticale est entamée par le ciseau il sort du pus assez abondant (streptocoques). La libération de l'aditus est difficile en raison de la profondeur et de la dureté de l'os. On trouve le sinus dénudé à hauteur de son coude, contre la paroi profonde de l'antre. Une partie du pus recueillie vient d'un abcès périsinusal ; le sinus couleur feuille morte, ne bat pas ; cependant on ne l'incise pas.

Plastique et pansement ordinaires.

Au réveil, le malade présente de la parésie faciale à droite que l'électro-diagnostic permet ultérieurement de rattacher à une contusion du nerf et non à une section. Amélioration lente.

L'apyrexie n'est définitive que le 31 mars. La plaie opératoire se réunit lentement. La suppuration n'est tarie que le 13 mai. Légère amélioration de la paralysie faciale.

Exit le 10 juin par réforme n° 2. L'épidermisation est complète. La perception osseuse est bien conservée.

OBSERVATION LXXXVII. — T., 21 ans, soldat d'infanterie. Otite à droite depuis l'enfance, réchauffée récemment. Etant en permission à Paris, il présente des symptômes généraux qui font porter le diagnostic de grippe par le médecin de la famille, bien que le malade se plaigne de violents maux de tête surtout à droite. Il avait, paraît-il, un peu d'apathie, de la raideur de la nuque et des membres supérieurs, de l'exagération des réflexes et de l'hypoesthésie. Amaigrissement considérable.

Le 11 avril, le malade tombe dans le coma et est apporté dans notre service de chirurgie spéciale dans la soirée.

Le 12 au matin, la température est de 36° 8, le pouls bat à 56, avec intermittences ; ptosis et mydriase à droite, contracture des membres, plus marquée à gauche. Le diagnostic d'abcès cérébral est indubitable. Le consentement de la famille pour l'intervention est obtenu tard et l'opération ne peut être faite que dans l'après-midi ; à ce moment, température de 37°, pouls à 54. Cheynes-Stokes respiratoire. Le coma persiste. L'antro-atticotomie est pratiquée sans anesthésie comme premier temps de l'intervention.

Etat éburné de l'apophyse ; l'antre est trouvée à 2 centimètres environ. Curettage des fongosités trouvées surtout dans l'aditus et la caisse. Le sinus anormalement reporté en avant répond à l'angle postéro-supérieur de l'antre : il a l'aspect normal. Agrandissement de la brèche opératoire au-dessus de l'aditus sur un cercle de 3 centimètres 1/2 de diamètre, pour pénétrer dans le crâne. La dure-mère est d'aspect normal ; battements du cerveau perceptibles. (Le protecteur de Stake introduit par l'aditus avait trouvé une perforation de son toit). Incision de la dure-mère ; hernie du cerveau ; ponction avec

un couteau à cataracte, issue de gaz fétides à odeur putride. La sonde cannelée remplaçant le couteau, on évacue 150 gr. environ de pus infect. Drainage; suture partielle des téguments.

Pansement classique. Sérum artificiel en injections sous-cutanées.

Après l'opération, le malade redevient calme; la température remonte à 38° 2; le pouls régulier se relève à 136 p.; la mydriase persiste. La mort survient à 10 heures et demie.

Autopsie. (Le rocher a été présenté à la Société de chirurgie de Paris par le professeur Chavasse, *Bulletins*. 1899, p. 445). Pas de méningite. L'abcès répond à la partie moyenne du lobe temporal droit, à 3 centimètres de la corne frontale, à 5 centimètres de la corne occipitale et à 2 centimètres de la surface externe de l'hémisphère; il est ouvert sur sa face inférieure par un orifice de trois à cinq centimètres de diamètre, entouré d'une zone violacée diffuente qui répond au toit de la caisse; cet abcès communique en arrière avec le ventricule latéral.

Le sinus latéral est sain. La perforation du tegmen tympani est en communication avec l'abcès cérébral, par l'intermédiaire d'un abcès extradural du volume d'une noisette, formant avec le précédent comme un abcès en bouton de chemise. L'abcès du cerveau contenait du streptocoque et un cocco-bacille ne prenant pas le Gram. En cultures aérobies, qui sont très fétides, on retrouve ce cocco-bacille; il existe de même et en quantité plus considérable et avec une fétidité bien plus grande, mais sans spores, en culture anaérobie.

OBSERVATION LXXXVIII. — (Publiée intégralement dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie de Paris, novembre 1901, et dans la *Parole*, janvier 1901).

L., 27 ans, gendarme. Otite moyenne suppurée à gauche datant de l'enfance qui paraît avoir subi une recrudescence en mars 1901.

Entré au Val-de-Grâce le 19 mai 1901 pour embarras gastrique fébrile; il est traité comme un dothiéntérique jusqu'au 29. Comme le séro-diagnostic est négatif et que ce malade a une otite ancienne à gauche avec parésie faciale assez récente, on l'évacue sur le service de chirurgie spéciale où il est examiné le 6 juin. Subjectivement, audition diminuée, mais non abolie à gauche. Voix ordinaire perçue à 4 mètres et chuchotée perçue à 0^m 20. Weber latéralisé à gauche et Rinne positif. Quelques sifflements, bourdonnements et vertiges. Objectivement on trouve deux polypes, l'un à la partie supérieure, l'autre sur la partie postérieure de la limite du conduit et de la caisse. Ablation à l'anse; pansement à l'alcool renouvelé chaque jour.

Les jours suivants, à la parésie faciale et au vertige qui rendent la marche incertaine et titubante, se joignent quelques vomissements; pas de fièvre.

Le 10 juin, une ponction lombaire; la cytologie du liquide montre des leucocytes.

Le 11 juin, mydriase à gauche, déviation intermittente des globes oculaires en haut et vers la droite; papille gauche floue, adynamie, amaigrissement.

Le 12 juin, sous l'anesthésie chloroformique, évidemment pétromastoïdien que l'on est obligé de faire de la caisse vers l'antre dans un os extraordinairement dur, sur lequel s'ébrèchent les instruments. La caisse est curetée et débarrassée des fongosités qui la remplissent. On creuse dans la mastoïde une cavité de 2 centimètres de profondeur sans rien trouver qui ressemble à l'antre; pas de perforation du côté de l'endocrâne. Agrandissement de la brèche opératoire vers la fosse temporale. Incision des méninges et ponction du lobe temporal sans résultat. L'état général du malade, qui est sous chloroforme depuis plus d'une heure et demie, ne permet pas de continuer l'opération par la découverte du cervelet. Suture partielle. Tamponnement. Pansement; sérum artificiel en injection sous-cutanée.

Le malade meurt à 3 heures du soir après avoir repris connaissance.

Autopsie. Intégrité des méninges et de l'encéphale. Abscess dans le lobe gauche du cervelet, à parois nettes, ayant les dimensions d'un œuf de pigeon. Labyrinthite suppurée. L'orifice du méat auditif interne et celui de l'aqueduc du vestibule sont les seuls points infectés de la surface de l'endo-crâne; ils répondent à une ouverture de la surface du lobe cérébelleux conduisant dans la cavité de l'abcès. Le sinus latéral est sain, le sinus pétreux est thrombosé. On trouve un séquestre lamellaire dans l'oreille moyenne. Le conduit auditif interne est plein de pus; l'os est noirâtre autour de ces points. Le pus de l'abcès cérébelleux contenait une notable quantité de pneumocoques et de microcoques réunis les uns en chaînettes, les autres en zoogloées. L'examen de la mastoïde confirme l'absence de l'antre.

OBSERVATION LXXXIX. -- B., 2^e régiment de cuirassiers, 22 ans. Otite à droite à l'âge de 12 ans. Hémoptysie à l'âge de 18 ans. En traitement à l'hôpital depuis le 18 février 1903 pour courbature et grippe à forme asthénique.

L'oreille droite se remet à suppurer et le malade est évacué le 14 mars sur le service d'otologie. Surdité totale de l'oreille droite qui ne perçoit rien ni par la voie aérienne ni par la voie crânienne; destruction presque totale du tympan droit. L' tat général est mauvais; le malade reste au lit, déprimé, sans appétit.

Le 14 mars, la température est de 39°8, mais elle tombe le lendemain à la normale, et reste ainsi plusieurs jours.

Le 26 mars, la céphalée est violente, l'insomnie presque absolue, l'amaigrissement fait des progrès rapides; le pouls bat autour de 70, la température est à 38°; il n'y a pas de contractures, sauf une légère raideur à la nuque. La ponction lombaire faite le 28 reste blanche.

Le 30 mars, intervention sous le chloroforme. L'opération de Stacke-Zaufal est commencée par l'antrotomie qui conduit dans une cavité pleine de pus et de fongosités (pus à streptocoques).

Pendant le curettage, un flot de sang noir fait brusquement issue; le sinus anormalement placé, très en avant, a été ouvert. Tamponnement hémostatique à la gaze iodoformée. L'opération en reste à.

Les phénomènes généraux et locaux continuent; insomnie, céphalée,

adynamie. Le 2 avril surviennent des vomissements et de l'irrégularité du pouls.

Le 3 avril, une ponction lombaire donne issue à un liquide louche albumineux contenant exclusivement des polynucléaires. Depuis le 31 mars la température oscille entre 38° et 39° et le pouls entre 80 et 100.

Le 4 avril, il y a de l'inégalité pupillaire; les yeux sont convulsés en haut et en dedans. La température est de 36°. Le diagnostic d'abcès cérébral est indubitable et on intervient en allant le rechercher dans le lobe temporo-sphénoïdal par la brèche résultant de la première opération.

Mise à nu des méninges : la dure-mère de la fosse temporale ne bat pas. Trois ponctions sont faites en trois sens différents; la troisième seule, faite à 5 centimètres de profondeur, au trocart, dans la direction tout à fait postérieure du lobe temporo-sphénoïdal donne issue à du pus visqueux, d'odeur fétide (où l'on trouva ultérieurement du streptocoque), pus assez abondant (50 centimètres cubes environ). Pendant cette intervention, on retire le tamponnement hémostatique du sinus fait à la gaze iodoformée; une hémorragie se produit aussitôt et l'on renouvelle le tamponnement.

L'état général ne s'améliore pas. La température atteint 37°8, 38°2, 38°4, et le malade meurt dans le coma le 6 avril.

Autopsie. Perforation du toit de la caisse, répondant à la voie suivie par l'infection. Pas de phlébite ni d'obstruction du sinus latéral dont la blessure opératoire répond à la région du coude. Méningite diffuse de la base de l'encéphale. Le tiers moyen du lobe temporo-sphénoïdal est détruit par un abcès mesurant 7 centimètres de long sur 4 de large, à limite assez nette. Il répond en bas à la perforation du toit de la caisse et en dehors à la brèche de trépanation.

OBSERVATION XC. — B., 23 ans, soldat au 1^{er} régiment de zouaves. Rhinopharyngite ancienne; angine il y a un mois. Otite aiguë à gauche le 31 mars 1902, avec vives douleurs et insomnie.

Entré au Val-de-Grâce le 4 avril 1902. Bourdonnements, douleurs; suppuration abondante avec perforation marginale antéro-inférieure.

Le 9 avril, symptômes de grippe pulmonaire avec râles diffus. La température oscille autour de 38°.

Le 15 avril, symptômes cérébraux. Céphalée violente, vomissements sans nausée, constipation, pouls à 56. Pas de contractures. La ponction lombaire donne issue à 10 centimètres cubes de liquide louche riche en leucocytes polynucléaires, contenant des diplocoques encapsulés et des pneumocoques. Pas de douleur mastoïdienne. La suppuration de la caisse est tarie. La température oscille autour de 39°.

Le 16, même état. Le 17, aggravation; signe de Kernig et raideur de la nuque. Le 18, grande agitation et délire; la température atteint 40°. Mort dans le coma.

L'autopsie n'a pu être pratiquée. La méningite suppurée était indubitable.

OBSERVATION XCI. — B., 22 ans, soldat au 25^e régiment d'artillerie. Otite supprimée à droite depuis 5 ans. En mai 1903, ablation d'un polype.

Entré au Val-de-Grâce le 22 juillet 1903. A l'examen subjectif, voix chuchotée non perçue à droite. Voix ordinaire entendue à 0^m 25. Weber latéralisé à gauche. Rinne négatif. A l'examen otoscopique, tympan couvert de pus et légèrement bourgeonnant. Le 2 août on constate qu'un polype s'est reformé et on l'enlève le 10. Le 29 août, la récidive du polype est constatée à nouveau.

Le 28 septembre, sans cause appréciable, frissons violents et fièvre. Rien d'anormal du côté de l'oreille, rien à l'examen ophtalmoscopique. La température reste le 28 et le 29 entre 38 et 39 et descend le 1^{er} et le 2 octobre de 38° à 37°. Un peu de tuméfaction du conduit auditif, d'où le nettoyage ramène des débris de polypes. État général bon. Le malade demande à manger.

Le 30 octobre, aggravation subite. Céphalée, vomissements, cris, agitation, mydriase, signe de Kernig. Ponction lombaire; issue de 18 centimètres cubes de liquide sous pression et trouble contenant de très nombreux leucocytes polynucléaires, avec quelques rares mononucléaires; très peu de germes; quelques rares streptocoques. Température 37°2 le matin, 38°2 le soir.

Un peu de détente jusqu'au 4 novembre, mais la température atteint 39°2 et 39°4. Agitation et délire et surtout douleurs vives les jours suivants. L'intervention proposée est formellement repoussée par la famille. Le 7, relâchement des sphincters, raideur de la nuque, dilatation des pupilles. Deuxième ponction lombaire le 10 novembre avec issue d'un liquide plus trouble que lors de la première ponction et coulant goutte à goutte; on en retire 20 centimètres cubes.

Aggravation progressive et mort le 11 à 9 heures du matin.

Opposition à l'autopsie. La méningite était évidente.

PHARYNGITE SÈCHE ET CHLORURATION

Par C. CHAUVEAU.

La pathogénie des pharyngites sèches est encore si obscure, leur traitement si incertain, qu'il y a toujours quelque utilité à essayer d'éclaircir la première et de perfectionner le second. C'est ce qui nous a déterminé à publier l'observation suivante ; elle prête à des considérations théoriques qui peuvent avoir un réel intérêt pratique.

H., 68 ans, chef de bureau en retraite. Père bien portant, mort paralysé à 64 ans. Mère, bonne santé, migraineuse. Pas de rhumatismes, d'asthme, d'affections cutanées, de goutte, de névrose dans la famille.

Dans son enfance, aucune maladie notable. Au cours de son service militaire, variole assez intense. En 1878, pleurésie qui dure deux mois et qui aboutit à l'atrophie complète du poumon gauche. — En 1886, extinction de voix pendant trois semaines.

Durant plusieurs années, il a présenté des poussées d'eczéma, très légères du reste, en foyers peu importants, mais très tenaces.

Le malade se présente à la clinique au commencement de 1902. Il éprouve à la bouche et au palais une sensation de sécheresse intense ; impression d'une couche de colle qui enduirait les parois pharyngées, amenant une certaine gêne de la déglutition. Les sensations gustatives sont comme supprimées. Le peu de salive qu'il a est excessivement acide. Elle serait même la cause, d'après son dentiste, de la « brisure » et de la chute par morceaux de ses dents.

Le pharynx ne présente aucune espèce de lésions, ni granulations, ni varicosités ; paroi postérieure très largement découverte. Les piliers sont très petits, atrophiés dirait-on. Il en est de même des amygdales, à peine appréciables. La muqueuse a une teinte sombre ; elle est sèche et présente un aspect vernissé caractéristique. Les réflexes du voile et du pharynx sont pour ainsi dire abolis.

Cet état se prolonge dans le cavum jusqu'aux orifices tubaires et, en bas, semble se terminer au niveau de l'épiglotte. Rien d'anormal au larynx, ni aux fosses nasales, dont la muqueuse cependant semble moins lubrifiée que d'ordinaire.

L'examen des urines, fait seulement au point de vue de l'albumine et du sucre, ne donne aucun résultat.

Poumon droit normal ; poumon gauche atrophié, pas de murmure vésiculaire, sauf un peu du côté du rachis ; rétraction des parois thoraciques ; abaissement de l'omoplate. Cœur très hypertrophié ; pointe

abaissée atteignant la septième côte, et à quatre centimètres à gauche du mamelon (donc, hypertrophie du cœur droit et du cœur gauche); choc cardiaque très net, très fort, se faisant sur un large espace. Matité très augmentée; pas de souffle. — Rien à l'estomac dont, du reste, le malade ne s'est jamais plaint. — Rien aux intestins; ni constipation, ni diarrhée. — Aucun trouble urinaire. — Pas de perturbations nerveuses, sauf un peu d'émotionnabilité. Il a eu longtemps des migraines, qui ont complètement disparu depuis des années.

Jusqu'au mois de mai 1905, le malade qui, habitant loin de la clinique, la fréquentait assez irrégulièrement, fut soumis à toutes les médications usitées en pareil cas, sans aucun succès.

Il nous vint à l'idée de faire examiner ses urines surtout au point de vue de l'urée et des chlorures. Urines très limpides, 1700 grammes en vingt-quatre heures, jaune pâle; réaction légèrement acide; densité 1028. Ni mucine ni sucre, ni bile, ni indican, ni albumine. Urée 27 grammes en vingt-quatre heures, acide urique 0,60, acide phosphorique 2,90, chlorure 18,20. Le dépôt ne contenait aucun élément du rein.

Cette proportion de chlorures était donc au-dessous de la normale, bien que la diminution fût assez faible. Aucun trouble de l'organisme ne nous semblait l'expliquer. Nous apprîmes alors que le malade, en raison de ses antécédents cutanés et aussi d'une sensation désagréable qu'il éprouvait à manger des aliments épicés, depuis longtemps ne consommait aucun condiment, et notamment pas de sel.

Suivant une idée un peu théorique, nous avons prescrit une alimentation hyperchlorurée en même temps que nous supprimions toute médication.

Au bout de trois semaines, des modifications très remarquables se sont produites dans son pharynx. La muqueuse est moins rouge; elle est presque rose. Elle est beaucoup plus humide; la salive a réapparu depuis quelques jours. De plus, le malade a retrouvé le goût; il distingue très bien les diverses saveurs. Il n'a plus cette sensation permanente de colle. Il absorbe tous les aliments et tous les liquides, même spiritueux, sans éprouver le moindre désagrément.

Ces modifications sont allées s'accroissant jusqu'au jour, où nous rédigeons cette note. Il reste encore quelques petits îlots secs sur la paroi pharyngée postérieure, mais les fonctions paraissent normales, sauf les réflexes qui sont encore un peu diminués.

En somme, des symptômes de pharyngite sèche, avec troubles du goût et diminution des réflexes, qui avaient résisté près de trois ans aux médications habituelles, ont cédé, au bout de quelques semaines, à une alimentation hyperchlorurée.

On n'est pas encore très fixé sur le mode d'action du chlorure de sodium dans l'organisme. Il semble cependant que celui-ci agisse surtout sur l'équilibre physique de la circulation, en exa-

X Correction d'après un avis
l'imprimeur (26 août 1905)

gérant la tension osmotique. Il est certain que le taux de chlorure de sodium reste sensiblement le même dans les tissus ; car quand le sel marin augmente, son élimination s'accroît aussi ; et si sa quantité diminue, il se produit une diminution de son excrétion. Néanmoins, pendant quelques heures, il devait exister ici certainement un chiffre plus élevé de chlorure. Or, dans les parties, où se trouve le sel marin, il y a tendance à l'hydropisie des tissus, comme l'ont démontré les expériences et les faits cliniques. D'ailleurs, on peut se demander, si chez un individu, qui pendant longtemps a subi la déchloruration, les phénomènes de régulation sont restés intacts. D'autre part, il ne faut pas oublier que l'action du sel sur la circulation pharyngée peut avoir été d'autant plus facilitée dans ce cas, qu'à la suite de l'atrophie du poumon gauche, le cœur s'est hypertrophié notablement. Or les lésions cardiaques, comme les lésions artérielles, aident beaucoup, comme on le sait, aux perturbations circulatoires non seulement générales, mais locales.

Depuis ce cas un peu récent, notre attention ayant été attirée de ce côté, nous avons commencé, au point de vue de l'hyperchloruration et de l'hypochloruration, à recueillir un certain nombre de faits qui intéressent les diverses régions de notre spécialité. Ils feront l'objet d'un travail ultérieur : tout d'abord le pharynx rouge, congestif... qu'on rencontre chez les hyperchlorurés, le pharynx sec, plutôt décoloré... qui semble le fait de l'hypochloruration...

II. — SÉMÉIOLOGIE

DIPLACOUSIE DYSHARMONIQUE

Par **P. CORNET**

Médecin aide-major de 1^{re} classe à l'hôpital de Constantine.

Les otologistes ont rarement l'occasion de pouvoir étudier les phénomènes de diplacousie : je ne parle pas ici de la diplacousie écotique, mais de la diplacousie harmonique ou anharmonique dans laquelle la sensation auditive déterminée par un ton donné diffère de la sensation normalement déterminée par ce ton. Pourtant la diplacousie n'est peut-être pas un phénomène aussi rare qu'on pense : car si la fausseté du chant dépend surtout de la fausseté de l'ouïe, à en juger par le nombre considérable de personnes qui chantent faux, que d'oreilles perçoivent d'une façon vicieuse !

En réalité, comme le remarque Castex¹, il faut pour pouvoir l'étudier avoir affaire à des individus bons musiciens, autrement dit à des individus capables de reconnaître la note qu'ils entendent et de chanter cette note exactement.

Le sujet que nous avons été à même d'étudier satisfait justement à ces desiderata. C'est un étudiant en droit, âgé de 21 ans, qui fait son année de service militaire à Constantine. Fort bien doué au point de vue musical, possédant une belle voix de ténor, il a commencé des études musicales dans le but d'entrer au Conservatoire. Il peut donc donner des renseignements très exacts sur son audition.

Voici brièvement résumée l'histoire pathologique de ce sujet :

Depuis plusieurs années il souffre d'une rhino-pharyngite chronique. Au mois de juillet 1904, obstruction nasale presque absolue et apparition de bourdonnements dans les deux oreilles. Il se fait soigner à Alger, et les bourdonnements disparaissent après une résection partielle des deux cornets inférieurs et quelques douches d'air. Il arrive à Constantine au mois d'octobre suivant et bientôt après, recrudescence de la rhino-pharyngite. Vers le 1^{er} janvier, l'obstruction nasale est de nouveau à peu près complète, et les bourdonnements d'oreilles reparaissent. Il entre à l'hôpital le 12 janvier et, après examen, nous portons le diagnostic suivant : catarrhe tubaire

1. *Manuel des Maladies de l'oreille et du larynx*, édit. 1903, p. 801.

bilatéral, rhinite hypertrophique et catarrhe chronique de la voûte du cavum.

Il importe ici d'attirer l'attention sur ce fait que les caisses tympaniques, de couleur et de transparence normales, étaient simplement rétractées avec un reflet lumineux très net. Le manche du marteau pouvait être mobilisé, et malgré la rétraction tympanique, l'épreuve de Gellé était franchement positive, la compression de l'air du conduit auditif externe déterminant même de l'oppression labyrinthique. La chaîne des osselets n'était donc ni ankylosée ni adhérente. Notons que la rétraction de la membrane tympanique était plus accusée à gauche qu'à droite.

Nous traitons la rhino-pharyngite, réséquons une partie des cornets inférieurs et pratiquons des douches d'air.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade attire notre attention sur les phénomènes suivants : les études musicales, dit-il, sont très difficiles pour lui, parce que l'oreille gauche n'entend pas juste : de ce côté les sons bas ou élevés sont perçus exactement, mais les sons du médium sont perçus d'un demi-ton ou d'un ton trop haut ou trop bas. Ce défaut de justesse, dont il a cherché en vain à se corriger, est très gênant, car pour chanter juste, il est obligé de toujours tourner l'oreille droite vers le piano ou l'orchestre et de faire abstraction de ce qu'entend l'oreille gauche. Encore cette perception différente pour les deux oreilles des sons du médium l'empêche-t-elle d'attaquer juste d'emblée toutes les phrases musicales qui ne commencent pas par des notes basses ou élevées. Entre autres faits il raconte que s'il veut chanter juste tout le premier acte de Faust, il doit le chanter en haussant dès le début d'un demi-ton la partition originale. En somme le défaut de justesse de l'oreille gauche entraîne le défaut de justesse de la voix dans le registre du médium. Nous étudions alors l'audition au point de vue qualitatif avec une série de diapasons. Les examens, plusieurs fois répétés, sont ainsi conduits : devant le méat auditif gauche, nous faisons vibrer nos diapasons *dans un ordre quelconque*, en invitant le sujet à chanter la note qu'il entend et à lui donner son nom. Chaque diapason après avoir été ainsi étudié à gauche est aussitôt mis en vibration devant l'oreille droite : le sujet chante encore la note et la nomme. La série des diapasons ayant été ainsi interprétée par voie aérienne, nous recommençons l'examen de la même façon, en les faisant vibrer sur l'apophyse mastoïde. Enfin ces expériences sont intégralement recommencées après la douche d'air.

Voici ce que nous avons pu établir.

A droite, la perception qualitative est normale pour tous les sons.

Il n'en est pas de même du côté gauche.

1° Perception par voie aérienne avant la douche d'air. Au-dessous de la ² inclusivement et au-dessus de fa ³ inclusivement, la perception qualitative des sons est normale. La perversion auditive ne porte que sur la partie de l'échelle tonale comprise entre si ² et mi ³.

*si*² est perçu comme un *ut*³.

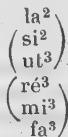
*ut*³ — tantôt comme un *la*² tantôt comme un *la*³.

*ré*³ — — un *fa*³.

*mi*³ — — un *ré*³.

Il y a là quelques points intéressants à mettre en évidence. Certains tons (*si*², *ut*³, *ré*³) sont perçus comme des tons plus élevés, d'autres (*ut*³, *mi*³) comme des tons plus bas. A première vue, il semble que l'intervalle séparant le ton réel du ton perçu est quelconque. Mais un examen plus attentif montre qu'il n'en est rien : les deux tons extrêmes de la série *si*² et *mi*³ déterminent la sensation auditive normalement déterminée par les deux tons naturels compris dans leur intervalle : le *si*² est perçu comme l'*ut*³, et le *mi*³ comme le *ré*³. Quant aux deux tons *ut*³ et *ré*³, ils sont interprétés comme les deux tons naturels placés immédiatement au-dessous et au-dessus du segment de l'échelle tonale mal perçu : l'*ut*³ est perçu comme le *la*², le *ré*³ comme le *fa*³. Autrement dit, il s'est effectué une sorte de chassé-croisé, qui fait que les notes moyennes *ut*³ et *ré*³ sont interprétées d'une tierce au-dessous ou au-dessus de la valeur réelle, et que les notes extrêmes *si*² et *mi*³ ont remplacé dans la perception les deux notes moyennes reportées en tierce. Autrement dit encore les sons *la*² et *ut*² d'une part, *ré*³ et *fa*³ d'autre part ne déterminent qu'une seule et même sensation auditive, ils sont respectivement confondus par l'oreille, et les sons *si*² et *mi*³ ne sont jamais perçus en tant que *si* et que *mi*. Nous ne voulons pas dire qu'il y ait deux lacunes dans l'échelle tonale, puisque ces sons *si* et *mi* déterminent une sensation auditive. Mais cette sensation est fausse.

Le schéma suivant représente cette perversion auditive



2° *Perception par voie crano-tympanique avant la douche d'air.* Le pied des diapasons vibrants étant posé sur l'apophyse mastoïde, la perception qualitative de tous les tons est normale. La diplacousie n'existe donc pas par voie osseuse.

3° *La douche d'air* amène la disparition des bourdonnements et si l'on étudie alors l'audition on constate que l'oreille entend normalement. La douche d'air en redressant le tympan, en décompressant le labyrinthe, a rectifié l'audition. Ajoutons que si le traitement a fait disparaître les bourdonnements du côté droit, que si les fosses nasales sont perméables, que si l'air passe aujourd'hui facilement par la trompe gauche, de ce côté les bourdonnements et la diplacousie persistent et ne disparaissent que pendant quelques heures après l'aération de la caisse.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation, cas de diplacousie classique : mais en général, chez les personnes

qui entendent mal d'une oreille, trop haut ou trop bas, l'erreur porte sur toute l'échelle tonale, ou sur quelques notes de tonalité élevée. Les défauts de justesse limités aux sons de tonalité moyenne sont plus rares. Qu'il nous soit permis de faire remarquer combien il est difficile dans l'état actuel de nos connaissances de proposer une interprétation de ces phénomènes de diplacousie.

1° Chez notre sujet le trouble auditif existait par voie aérienne, il n'existait pas par voie mastoïdienne. Cependant il semble de jour en jour plus certain que la perception du son d'un diapason vibrant, le pied posé sur l'apophyse mastoïde, s'effectue par l'intermédiaire de la chaîne des osselets, et que les vibrations sonores propagées directement dans le rocher, et parvenant ainsi au labyrinthe, ne réveillent aucune sensation auditive par elles-mêmes.

2° Les deux oreilles moyennes du malade se trouvaient à peu près dans le même état. La membrane tympanique gauche était plus déprimée c'est vrai, mais la différence n'était pas considérable. Le catarrhe tubaire ne semble donc pas pouvoir expliquer à lui seul la diplacousie.

3° Et cependant la douche d'air faisait disparaître le trouble. Mais dans le cas présent, l'aération de la caisse ne redressait pas seulement la membrane et la chaîne des osselets; elle abaissait aussi la pression des liquides labyrinthiques, puisque les bourdonnements cessaient. Ne pourrait-on pas penser que la diplacousie était en rapport avec cette augmentation de la tension des liquides péri et endolymphatiques?

4° On a d'ailleurs cherché déjà les causes de la diplacousie dans l'oreille interne. Nous nous contenterons de faire remarquer à ce propos que la théorie de Helmholtz semble pouvoir moins que tout autre donner l'explication des faits. Knapp estime que la diplacousie s'observe surtout dans les affections labyrinthiques et qu'elle est produite par une modification de tension du point de la membrane basilaire accordé pour les sons mal perçus. Il serait bien difficile d'appliquer cette manière de voir aux faits que nous avons constatés, car dans cette hypothèse, il faudrait admettre que chez notre malade, le refoulement du piston stapédial, conséquence du catarrhe tubaire, modifiait la pression de la membrane basilaire juste au niveau du segment soi-disant accordé pour les sons compris entre si^2 et mi^3 , le trouble de perception disparaissant avec le redressement de la chaîne des osselets.

Nous venons de raisonner en nous appuyant sur la théo-

rie classique de l'audition et nous venons de faire toucher du doigt les principales difficultés que comporte avec elle l'interprétation de la diplacousie disharmonique, parce que l'on est ainsi conduit à en chercher la cause du côté de l'oreille interne. Qu'il nous soit permis maintenant d'émettre une hypothèse : nous pensons en effet que la théorie de l'audition de Bonnier, d'après laquelle la sensation auditive n'est pas déterminée par les vibrations sonores elle-mêmes, mais par la mise en oscillation des milieux suspendus de l'oreille sous l'influence de cette vibration, éclaire le phénomène d'un jour singulier. D'après Bonnier, du moment que l'audition cranio-tympanique s'effectue, c'est que la membrane tympanique, les osselets et les liquides labyrinthiques sont susceptibles d'osciller. L'audition cranio-tympanique ne disparaît qu'avec l'immobilisation des liquides labyrinthiques. Or l'épreuve de Gellé nous avait montré que l'étrier était mobile et que les liquides labyrinthiques avaient conservé une certaine liberté d'inertie. Donc les diapasons vibrant sur l'apophyse mastoïde pouvaient en quelque sorte mettre directement en branle ces liquides. Quand les diapasons vibraient au contraire devant le méat, l'oscillation s'effectuait d'abord dans la chaîne des osselets qui mettait en branle les liquides de l'oreille interne suivant le mode oscillatoire dont elle était animée. La mobilité de cette chaîne étant diminuée, son mode oscillatoire, pour certains tons, pouvait être modifiée du fait de sa rétraction et la douche d'air en la redressant, faisait ainsi disparaître le vice de transmission. C'est ainsi que nous expliquons le fait étrange de la transmission de certains tons, normale par voie cranio-tympanique, anormale par voie aérienne.

III. — THÉRAPEUTIQUE

I

NOUVELLE TECHNIQUE D'INJECTION INTRA- TRACHÉALE PAR VOIE NASALE¹

Par **MARANGOS** (de Marseille)

L'injection dans la trachée de substances médicamenteuses liquides date de 1887; elle est due à Beehag et Rosenberg, laryngologistes, qui eurent l'idée d'injecter dans le larynx quelques gouttes d'huile mentholée, sous le contrôle du laryngoscope. Cette méthode fut aussitôt appliquée par Garel et son interne, Louis Dor, publia en 1890, dans la *Revue de Médecine*, une étude expérimentale et clinique très complète sur les injections trachéales d'huile créosotée.

Féré, Rosenthal et Weill, Carnot supprimèrent le laryngoscope et se servirent de leur index porté sur l'épiglotte pour guider la canule de la seringue à injection.

Mendel, dans ces dernières années, proposa une technique simple : au moyen d'une seringue munie d'une canule courbe, il projette dans le pharynx le liquide à injecter, *après avoir recommandé au malade de ne pas avaler*. « L'orifice digestif du pharynx étant, dit-il, fermé en dehors de la déglutition, le liquide injecté descend de son propre poids dans les voies aériennes. »

Une série d'expériences faites par Chauffard, Villet, G. Rosenthal, Molimar et Bois, dans le but de savoir si les injections ainsi faites, pénétraient dans le larynx, ou étaient dégluties, ne furent concluantes ni dans un sens ni dans l'autre.

Nous avons repris ces expériences avec de l'huile gomenolée dont l'odeur aromatique est facile à décèler dans les renvois dans le cas où le liquide aurait été dégluti, ou dans les crachats ou la toux dans le cas où il aurait pénétré dans la trachée. De nos expériences il résulte :

1° Qu'il est beaucoup plus facile de recommander au malade de ne pas avaler que de l'en empêcher; la projection *rapide et massive* de l'injection dans le pharynx, l'hypersécrétion salivaire qu'elle détermine, la traction de la langue, la présence de la

1. Communication faite à la Société Nationale de Médecine de Lyon, dans la séance du 22 mai 1905.

seringue dans la bouche, la mise en scène, l'émotion du sujet deviennent le point de départ de réflexes divers dont le moindre est d'avaler et de cracher ;

2° Que chez des sujets habitués aux manœuvres laryngoscopiques et entraînés (c'est le cas du trachéotomisé de Mendel chez qui l'injection colorée en rouge, faite suivant le procédé de cet auteur, ressortait *en partie* par la plaie trachéale), ou chez les sujets chez qui on a préalablement insensibilisé le pharynx, l'injection passe partie dans les voies aériennes, partie dans l'estomac ;

3° Que l'irruption d'un liquide non irritant dans les voies aériennes provoque peu ou point de réaction. C'est un préjugé de croire à l'intangibilité des muqueuses aériennes ainsi que Mendel l'a si bien établi.

Nous concluons que l'injection intra-trachéale pratiquée avec la technique de Mendel, ne passe jamais *en totalité* dans la trachée. La chose était à prévoir. En effet, pour que le liquide, injecté dans le pharynx, puisse par son propre poids descendre entièrement dans la trachée, il eût fallu que sa portion sous-glottique soit hermétiquement fermée ; chose anatomiquement impossible, la paroi antérieure du pharynx étant formée à ce niveau par un plan solide, le chaton du cartilage cricoïde et les arythénoïdes.

En vérité, ce n'est pas le pharynx qui est fermé en dehors de la déglutition, mais l'œsophage situé à deux centimètres plus bas que l'orifice supérieur du larynx.

Donc, tout liquide injecté dans le pharynx, s'il n'est pas avalé, ira par son propre poids remplir la portion sous-glottique du pharynx, et ce n'est qu'après l'avoir remplie qu'il finira par déborder et tomber dans le larynx qui n'en recevra ainsi que la surverse.

Pour rendre à la méthode intra-trachéale toute sa valeur, il fallait une technique permettant à l'injection de passer en totalité dans le larynx alors même que le malade ne peut s'empêcher de cracher ou d'avaler.

C'est à quoi nous sommes parvenu en confiant la pénétration du liquide non plus à son propre poids, mais au *courant d'appel et à l'aspiration qui se font vers la trachée à chaque mouvement d'inspiration*. On conçoit que si une goutte d'un liquide léger, non irritant, vient à se présenter à l'entrée du larynx, au moment d'une inspiration, cette goutte sera nécessairement aspirée et entraînée dans la trachée au même titre et en même temps que l'air inspiré.

Technique des injections intra-trachéales par voie nasale.

Prendre une petite seringue en verre et une sonde à boule en gomme pour instillations n° 14. La seringue remplie de la quantité du liquide à injecter et armée de la sonde, introduire celle-ci dans une des narines et la pousser jusqu'à ce que la boule dépasse le bord libre du voile du palais (12 à 15 centimètres chez l'adulte) ; engager le malade à respirer normalement ; renverser sa tête légèrement en arrière et pousser l'injection *très doucement et goutte à goutte* par des petits coups de piston intermittents coïncidant à l'inspiration du malade, s'arrêtant s'il y a lieu pour lui donner du répit. L'injection ainsi poussée passe en totalité dans la trachée, témoin l'odeur du goménol exhalée par les crachats et la toux au moins pendant six heures, tandis que les renvois spontanés ou provoqués ne rappellent aucunement cette odeur.

Dans la majorité des cas, l'injection, à part un léger picotement dans le larynx, ne provoque aucune réaction.

Souvent les premières gouttes d'huile surprennent le larynx et provoquent une légère toux ; quelques secondes d'arrêt suffisent pour habituer l'organe au contact de l'huile et pour permettre de terminer l'injection sans autre incident.

Souvent ce n'est que quelques minutes après l'injection que le malade est pris de toux, qui se calme assez vite et qui du reste ne compromet pas le succès de l'opération, alors même qu'elle est suivie d'expectoration immédiate, la diffusion du liquide dans l'arbre aérien étant excessivement rapide.

D'autre part, la susceptibilité de la muqueuse aérienne diffère chez le même sujet d'un jour à l'autre et d'une séance à l'autre.

Toutes choses égales d'ailleurs, la réaction est moindre lorsque c'est le sujet lui-même qui se fait son injection ; il est plus à même que son médecin de régler l'injection avec son inspiration, d'aller doucement, de continuer ou d'arrêter suivant ses sensations.

En incorporant dans le liquide une très légère quantité de cocaïne, nous sommes parvenu à faire tolérer l'injection par les larynx les plus susceptibles.

Le liquide dont nous nous servons est l'huile gomenolée à la dose de 1 à 3 % de gomenol, associé ou non à la cocaïne, à la dose de 0, 10 %. Le plus souvent nous y associons avec avantage le menthol aux mêmes doses que le gomenol. L'huile employée doit-être soigneusement épurée et lavée à l'alcool.

Nous injectons trois centimètres cubes par séance et nous faisons 2 à 3 injections par jour.

Avantages de notre technique.

- 1° Facilité et simplicité de l'injection intra-trachéale ;
- 2° Certitude que l'injection passe en totalité dans la trachée et qu'elle n'est ni avalée ni crachée ;
- 3° Possibilité de confier l'injection au malade lui-même ou à son entourage, avantage appréciable pour ceux qui n'ont pas le temps ni les moyens d'aller deux ou trois fois par jour chez le médecin.

RÉSULTATS. — Nos expériences datent à peine de quelques jours. Le but de cette communication ne saurait donc être ni de vanter la méthode intra-trachéale, ni les effets du goménol. Notre but est de faire connaître à nos confrères une technique simple, inoffensive, suivie toujours de succès opératoires, afin de donner à la méthode intra-trachéale un nouvel essor.

Si cette méthode, pourtant si rationnelle, ne se généralise pas, il faut s'en prendre au défaut d'une technique sûre, facile, à la portée de tout praticien et de tout malade.

La technique que nous proposons permettra, espérons-nous, à nos confrères des hôpitaux, des sanatoriums et des dispensaires, de pratiquer la méthode sur une vaste échelle ; d'essayer tel ou tel remède *loco dolenti*, et de nous donner sous peu les résultats cliniques que nous attendons.

Quels seront ces résultats ? Si avec des techniques difficiles et aléatoires les résultats ont été bons, avec une technique simple et sûre, ils seront *a fortiori* meilleurs.

En attendant l'arrêt de la clinique, nous avons lieu d'être très satisfait de nos premiers essais faits sur nous-même et sur plusieurs malades chez qui l'amélioration a été constante et d'une rapidité surprenante.

Dès les premières injections d'huile goménolée, faites suivant notre technique, la toux diminue d'intensité et de fréquence, l'expectoration devient facile, les crachats se liquéfient et deviennent rares, l'oppression disparaît, l'état général s'améliore à grands pas.

Il est donc de notre devoir à nous tous médecins de faire profiter nos malades d'une technique dont les premiers essais ont été si encourageants, surtout que nous nous trouvons pour la plupart en face de maladies chroniques sinon incurables à ce jour.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT DE L'OSTÉITE CONDENSANTE A FORME NÉVRALGIQUE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE PAR L'ÉVIDEMENT MASTOÏDIEN

Par **AUGIÉRAS** (de Laval).

J'ai communiqué, l'an dernier, à la société, les résultats immédiats de quatre opérations d'évidement mastoïdien pratiquées comme traitement d'ostéites condensantes du temporal à forme névralgique (ostéonévralgie de Gosselin) ¹.

Les caractères de la maladie étaient : douleur violente et persistante à forme de névralgie fronto-temporo-occipitale, absence de manifestations inflammatoires auriculaires ou mastoïdiennes en rapport avec les phénomènes douloureux, dépression considérable des forces sans état fébrile, résistance de la douleur à tous les traitements ordinairement usités et exacerbation, par les instillations même anesthésiques et analgésiques dans l'oreille.

Quatre opérations avaient été pratiquées sur trois sujets. Dans les quatre cas la névralgie avait disparu immédiatement après l'opération, et l'état général des malades s'était amélioré dès les premiers jours. Le résultat immédiat était donc parfait. Voici quels ont été les résultats éloignés.

OBSERVATION I. — M^{lle} L., opérée le 30 décembre 1903, d'évidement pétromastoïdien gauche pour violente ostéo-névralgie de date ancienne, avait été débarrassée de toute irradiation névralgique et de toute douleur spontanée dans le côté gauche de la tête. En février 1905, elle a éprouvé de la douleur dans l'oreille et la région mastoïdienne gauche, douleur exagérée par le contact et spontanée, mais sans irradiations névralgiques. L'oreille moyenne n'était le siège d'aucune inflammation apparente, son aspect était le même qu'antérieurement : absence du tympan, des osselets, d'une partie du mur de la logette, pas de suppuration, pas de rougeur, conduit auditif terminé par un cul-de-sac tapissé par une membrane mince, blanche ou rosée. Il n'y avait pas non plus de signe extérieur d'inflammation mastoïdienne. La peau avait l'aspect sain et on trouvait au palper les dépressions résultant de l'évidement. La région était douloureuse spontanément et au contact. Les irradiations névralgiques violentes qui tourmentaient la malade avant l'opération ne s'étaient pas reproduites. Une série de pointes de feu dans la région mastoïdienne fit diminuer la douleur locale.

1. *Bulletins et Mémoires de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngologie*, 4 mai 1904, t. XX, 11^e partie, p. 188 à 196.

Le 30 mars 1904, M^{lle} L. avait subi l'évidement du côté droit pour ostéo-névralgie de date récente (un mois environ). Le résultat immédiat excellent ne se maintint que quelques mois et M^{lle} L. rentra à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre 1904, pour une récurrence de l'affection, demandant à être opérée de nouveau. Les irradiations névralgiques étaient violentes dans la région frontale, temporale, occipitale. La région mastoïdienne entière était douloureuse spontanément et au contact sans présenter de gonflement ni d'autres signes extérieurs d'inflammation. L'opération fut exécutée le 12 octobre 1904. Mon excellent confrère, M. le Dr Bucquet, voulut bien m'aider et donner le chloroforme. On pratiqua une incision en T, incision dans le sillon rétro-auriculaire et incision postérieure perpendiculaire à celle-ci. Après décollement du périoste, on réséqua la plus grande partie de la pointe de l'apophyse et on enleva une couche du tissu osseux jusqu'à la ligne temporale en haut et en arrière jusqu'à la limite de la mastoïde. Les phénomènes névralgiques cessèrent rapidement. La malade put sortir le 12 novembre 1904 et reprendre la vie ordinaire, mais il persista et il persiste encore une douleur localisée à la région temporo-mastoïdienne avec sensibilité de l'os à la pression.

OBSERVATION II. — Le nommé G. avait subi le 24 février 1904 l'évidement pétro-mastoïdien du côté gauche pour une ostéo-névralgie violente avec paralysie faciale gauche, coïncidant avec une légère suppuration localisée à la partie supérieure et antérieure de la caisse, reste d'une vieille otorrhée. La névralgie avait disparu à la suite de l'opération. Malgré plusieurs poussées d'otite moyenne gauche avec suppuration, survenues depuis lors, la guérison de la névralgie s'est maintenue. La région mastoïdienne a été à plusieurs reprises le siège de douleurs spontanées et à la pression, surtout après des refroidissements. La névralgie n'a pas récidivé, G. ne souffre plus, son oreille gauche présente encore un peu de suppuration.

OBSERVATION III. — M^{lle} B. avait été opérée le 20 avril 1904 d'évidement mastoïdien à droite pour une ostéonévralgie violente consécutive à une otite moyenne scléreuse ancienne, avec poussées catarrhales répétées, mais sans suppuration de la caisse, ou tout au moins sans perforation du tympan et écoulement de pus. La névralgie datait de 4 mois. La douleur disparut complètement à la suite de l'opération et la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour absolument complète. Un incident est survenu avant la cicatrisation de la plaie opératoire. Une poussée d'otite moyenne aiguë avec écoulement purulent par la plaie se produisit à la suite d'un coryza et causa une céphalalgie violente. L'infection céda rapidement à des injections et pansements antiseptiques. La crainte de nouvelles rechutes décida M^{lle} B. à me laisser opérer de petites végétations adénoïdes de la voûte du pharynx qu'elle conservait depuis des années et qui entretenaient un catarrhe pharyngien. La guérison s'est maintenue depuis lors sans la moindre douleur ni à l'oreille, ni à la région mastoïdienne et sans aucune douleur névralgique. M^{lle} B. a pu se livrer, immédiatement après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, aux travaux des champs.

Pour apprécier les résultats éloignés de l'opération, dans l'ostéo-névralgie, il faut considérer séparément ses effets sur chacun des éléments pathologiques, sur la névralgie d'une part, sur l'ostéite d'autre part.

Dans un cas (observ. 3) l'action thérapeutique s'est manifestée avec la même efficacité sur l'ostéite et sur la névralgie. La guérison a été complète et s'est maintenue depuis un an.

Dans un cas (observ. I. or. d. de M^{lle} L.), il y a eu récurrence de la névralgie et persistance de l'ostéite. Un deuxième évidemment plus étendu que le premier a été nécessaire. Après cette opération, les irradiations névralgiques ont cessé, mais l'ostéite a persisté. La région mastoïdienne est restée sensible à la pression et est encore le siège de douleurs spontanées.

Dans les deux autres cas (oreille g. de M^{lle} L., observ. I, et oreille g. de M. G., observ. II), la guérison de la névralgie s'est maintenue jusqu'ici mais il s'est produit à plusieurs reprises des poussées d'ostéite de la région mastoïdienne caractérisées par des douleurs provoquées par le contact, et des douleurs spontanées localisées dans la région temporo-mastoïdienne, sans autre signe d'inflammation de l'os. Au point de vue des résultats éloignés il y a lieu de remarquer que les deux éléments pathologiques qui constituent l'ostéo-névralgie de la mastoïde sont influencés de manière différente par l'intervention chirurgicale. L'évidement agit très efficacement sur la névralgie dont la guérison peut se maintenir même quand le processus inflammatoire n'est pas éteint dans le tissu osseux. Il agit moins puissamment sur l'ostéite qui peut continuer à se manifester par des poussées plus ou moins répétées et prolongées pendant lesquelles la région mastoïdienne devient le siège de douleurs localisées, spontanées et provoquées par la pression, sans aucun autre symptôme apparent d'inflammation osseuse. Quoique l'évidement ne mette pas à l'abri des poussées ultérieures d'ostéite, il demeure indiqué dans l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde parce que l'élément névralgique qui est le plus heureusement influencé par l'opération a aussi la plus grande importance pour le malade qu'il torture et dont il altère profondément l'état général, et parce que la cessation des irradiations névralgiques a constitué un bénéfice considérable, même dans les cas où il a persisté de l'ostéite et des douleurs localisées à la région temporo-mastoïdienne.

III

SUR QUELQUES EXPÉRIENCES DANS LE DOMAINE DE LA THÉRAPEUTIQUE

Par **Egmont BAUMGARTEN** (de Budapest).

Ayant une clinique très fréquentée à notre disposition, nous sommes toujours à la recherche de médicaments susceptibles d'agir rapidement et promptement, pour obtenir la guérison plus vite. Si la maladie n'est pas guérissable, nous tâchons de trouver des remèdes donnant de meilleurs résultats, c'est-à-dire des améliorations sensibles, et de faire au moins disparaître les souffrances dont elle est accompagnée. Dans ces dernières années, j'ai essayé plusieurs médicaments sur un nombre de malades dépassant trois mille par an; beaucoup de ces remèdes ont été bientôt délaissés, d'autres définitivement conservés; quelques-uns de ceux-ci se sont montrés efficaces contre des affections tout autres que celles contre lesquelles on les avait préconisés au début.

Je me permettrai de vous donner tout brièvement mes impressions sur quelques-uns de ces médicaments.

Le Protargol.

Cette préparation nouvelle à base d'argent, préconisée pour la première fois par NEISSER, est introduite dans la rhino-laryngologie par ALEXANDER (*Archiv. f. lar.*, IX). Il est singulier de voir si peu de communications sur ce médicament dans notre littérature spéciale et il semble qu'il n'a pu obtenir droit de cité chez nous. Je partage tout à fait l'avis d'ALEXANDER constatant que ce médicament n'a pas tenu tout ce qu'on attendait de lui, et je crois qu'il ne pourrait remplacer le nitrate d'argent.

ALEXANDER en a obtenu de très bons résultats dans les cas des suppurations non compliquées de l'antre d'Highmore; il l'employait sous forme de solutions à 5 %, en irrigations. Quant à moi j'ai pratiqué personnellement pendant un temps assez prolongé ces lavages, en suivant exactement ses prescriptions, mais je dois avouer que les résultats que j'ai obtenus ne sont pas très encourageants. J'ai obtenu avec des antiseptiques usuels, comme par exemple le sublimé, l'eau oxygénée, l'alcool, des résultats beaucoup plus satisfaisants; et il faut encore tenir

compte de ce fait que le protargol est d'un prix assez élevé, ce qui le rend impraticable dans le traitement des indigents.

Je ne veux pas dire que cette préparation ne se soit pas montrée efficace dans quelques cas de suppuration maxillaire, puisqu'il y a des cas de suppuration chronique guérissant par n'importe quel lavage; j'avais même des cas soignés antérieurement par d'autres lavages sans résultat et où ce fut le protargol qui amena la guérison. Mais ces cas étaient assez rares et c'est généralement le contraire qui est advenu. Mais comme il arrive souvent que toutes les préparations restent parfois sans effet sur l'affection, je m'adresse dans des cas pareils et en dernier lieu au protargol; il me semble, en effet, que certains malades se montrent réfractaires à certains antiseptiques, et que tel médicament agit mieux que tel autre sur la muqueuse altérée.

J'ai pris deux suppurations bilatérales de l'antre maxillaire et les ai soumises à des expériences de contrôle: un côté fut lavé avec une solution au protargol, l'autre avec une solution au sublimé ou à l'alcool. Dans les deux cas, les malades eux-mêmes m'ont demandé, après un traitement qui dura plus d'un mois, de leur faire abandonner le protargol et de le remplacer par la préparation employée pour le lavage de l'autre côté, celle-ci se montrant de beaucoup plus efficace que l'autre; et en effet le changement de traitement a confirmé la véracité de leur opinion.

ALEXANDER et SWIDON rapportent en outre avoir obtenu des résultats encourageants avec le protargol dans les *rhinites vasomotrices*; ici il a été employé comme spray et pour le massage. Pour ma part, j'ai eu aussi quelques bons effets dans des cas de rhinite vasomotrice et de rhinite nerveuse, surtout quand on s'était servi d'une solution à 5% pour faire un massage léger.

Le protargol fut ensuite essayé contre différentes *laryngites*; la plupart des malades ainsi traités, ayant été badigeonnés auparavant avec le nitrate d'argent à 3-5%, ont manifesté une amélioration subjective. Ce qui est du reste un avantage, c'est que la sensation si pénible de brûlure n'existe point après badigeonnage au protargol. Mais en continuant ce mode de traitement pendant un espace de temps plus prolongé, j'ai dû me rendre à l'évidence que l'amélioration ne se produisait point: l'hyperhémie ne diminue pas, l'épaississement de la corde vocale reste stationnaire et la voix ne s'améliore pas; c'est ainsi que j'ai dû presque toujours reprendre le traitement au nitrate d'argent. Je me sers néanmoins encore aujourd'hui du protargol dans quelques cas; je l'emploie quand le nitrate d'argent ne paraît plus agir, mais, dans ce cas, le protargol ne le remplace

que pour un temps très limité ; je reprends bientôt le traitement au nitrate d'argent et alors généralement avec succès.

Guidé par l'amélioration subjective mentionnée plus haut, j'ai été amené à l'essayer dans le traitement des catarrhes du larynx, où je m'abstiens méthodiquement du nitrate d'argent : je parle des catarrhes laryngés des tuberculeux. Et en effet, depuis quatre ans, je me sers du protargol dans cette catégorie de laryngite et j'en suis très satisfait. Ce sont ces catarrhes spécifiques qui supportent le plus mal le nitrate d'argent ; même la solution plus faible occasionne brûlure et toux. Voilà les raisons pour lesquelles nous nous abstenons du nitrate d'argent contre cette sorte d'affection. Nous ne l'employons pas, surtout s'il y a eu hémoptysie. La solution de protargol à 3-5 % est presque toujours très bien tolérée par les malades en question ; ils ne se plaignent jamais d'éprouver de la brûlure et, chose curieuse, la toux semble parfois diminuer. Mais après une hémoptysie, je n'ose pas m'en servir immédiatement ; je laisse s'écouler une quinzaine avant d'instituer ce traitement.

Enfin je me suis servi du protargol dans les cas de *catarrhes du naso-pharynx* et là aussi avec succès et surtout dans cette sorte de catarrhe que j'ai observé et déjà décrit chez la femme au retour d'âge. En badigeonnant le naso-pharynx avec une solution à 5 %, j'ai obtenu dans beaucoup de cas cessation complète ou au moins amélioration notable de cette sensation si pénible de sécheresse dans la gorge.

En résumé, je recommande l'emploi du protargol contre les catarrhes laryngés des tuberculeux et contre la rhino-pharyngite sèche.

(A suivre.)

(Traduction par L. REINHOLD.)

IV

EFFETS SECONDAIRES DE L'ASPIRINE

Par **Eugène FISCHER** (de Luxembourg).

Jusqu'ici on avait généralement regardé l'aspirine comme étant un médicament d'une innocuité parfaite et applicable dans presque toutes les affections rhumatismales. Mais dans ces derniers temps, les communications se sont multipliées, qui tendent à prouver que cela n'est pas toujours le cas, et que bien souvent l'aspirine peut avoir des effets extrêmement désagréables, voire même dangereux. Ainsi Hermann (*Therapeutische Monatschrift*, 1903, n° 5) rapporte deux cas où l'aspirine a causé des coliques gastriques violentes, avec vomissements et vertiges. Dans d'autres cas il s'est produit un œdème très douloureux des paupières et de la lèvre inférieure, œdème qui s'étendait peu à peu à la peau de la tête et de la nuque ainsi qu'à la muqueuse du pharynx, et s'accompagnait même de taches rouges rappelant la scarlatine. On a également observé des infiltrations noueuses sur toute la peau et les muqueuses avec albuminurie.

Dernièrement j'ai été appelé pendant la nuit auprès d'une jeune fille de seize ans qui souffrait d'une anémie extrême datant depuis des années. Elle avait eu des épistaxis fréquentes, mais jamais très abondantes, qui apparaissaient surtout au moment des règles, et parfois même les remplaçaient. Quelques jours avant, elle avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui se manifestait principalement aux genoux. En même temps avaient apparu les règles. Le médecin traitant lui administra des doses très élevées d'aspirine, 4-5 grammes par jour, et l'effet immédiat fut une sueur des plus abondantes. Les douleurs arthritiques ne disparurent point, mais par contre il se déclara une épistaxis rebelle à tous les traitements. Pendant trois jours entiers, avec une patience angélique, on tamponna les fosses nasales avec de l'ouate au perchlorure de fer, mais sans le moindre résultat. Le sang continuait à suinter à côté des tampons, et dès qu'on essayait de les enlever, il recommençait à couler à flot. Quand j'arrivai, je trouvai la jeune fille d'une pâleur cadavérique, à la dernière extrémité. On me montra le sang qu'elle avait perdu depuis quelques heures seulement, c'était une quantité d'un litre au moins. Par suite du tamponnement du naso-

pharynx, ils s'était déjà déclaré des symptômes d'otite moyenne : diminution de l'ouïe, douleurs, bourdonnements, ces derniers encore aggravés par l'anémie. Les parents ne donnaient l'aspirine qu'à contre-cœur, parce qu'ils pensaient bien que ces sueurs forcées, par une température extérieure de 35 degrés, ne pourraient que faire empirer l'état déjà si précaire de la jeune malade. J'enlevai d'abord les tampons, le nez commença encore à saigner. Le sang venait de la narine droite, de l'endroit classique à la partie antérieure du septum cartilagineux. En même temps, la malade eut des vomissements et rendit des quantités incroyables de caillots, entre autres un moule complet du nasopharynx avec les deux fosses nasales. Je fis donner un bain de pied très chaud, pendant dix minutes la tête étant placée très haut, et j'ordonnai à la malade de respirer par le nez, lentement et profondément. Au bout de quelques minutes l'hémorragie s'était complètement arrêtée, et depuis, sans tamponnement ni aucun traitement local, elle n'a plus perdu une goutte de sang. Malgré l'opposition du médecin traitant, je défendis catégoriquement l'emploi de l'aspirine, et je me bornai à prescrire des frictions locales avec une solution de mésotane dans de l'huile d'olives et des compresses chaudes. Le succès a été très satisfaisant. Les symptômes d'otite moyenne ont également disparu avec leur cause.

Je ne crois pas aller trop loin en affirmant que dans ce cas, l'épistaxis a été causée et entretenue par l'emploi de l'aspirine. Il est vrai que les circonstances étaient particulièrement défavorables.

LA VOUTE PALATINE EN OGIVE SON TRAITEMENT

Par **NEVEU** (de Paris).
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Dans notre précédent article, nous avons discuté la pathogénie de la voûte en ogive, et nous avons vu que le plus souvent cette forme spéciale de voûte est normale chez les dolichocéphales ; en effet, tandis que chez le brachycéphale le tissu osseux

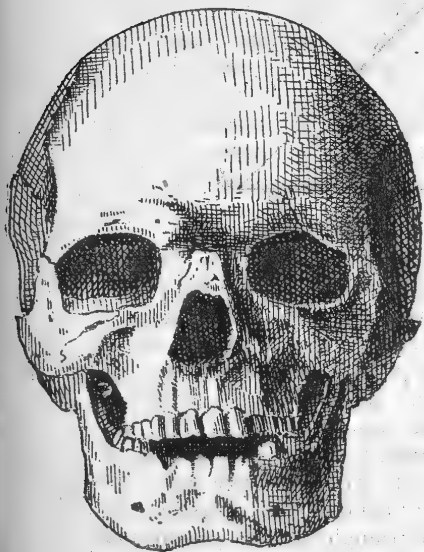


FIG. 1.
Crâne de brachycéphale.



FIG. 2.
Crâne de dolichocéphale.

s'est disposé en largeur : arcades zygomatiques et os malaires très éloignés l'un de l'autre ; cavités orbitaires à diamètre transversal prédominant ; voûte palatine large et basse ; large arcade dentaire ; larges fosses nasales avec larges choanes et large orifice antérieur, inversement chez le dolichocéphale, le crâne est allongé et étroit, et en particulier, la voûte palatine est étroite,

élevée, profonde, entourée par une arcade dentaire étroite également, saillante en avant, car la voûte palatine, étroite dans le sens transversal, a, par contre, un diamètre antéro-postérieur exagéré.

Il est évident que ce n'est pas cette voûte qu'il s'agit de corriger; elle est en harmonie avec le reste du squelette facial et crânien; les dents s'implantent normalement comme chez le brachycéphale; cependant l'implantation normale est différente chez ces deux types, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le schéma suivant (fig. 3).

« Sur la figure ci-contre la ligne ab , mesurant 55 millimètres,

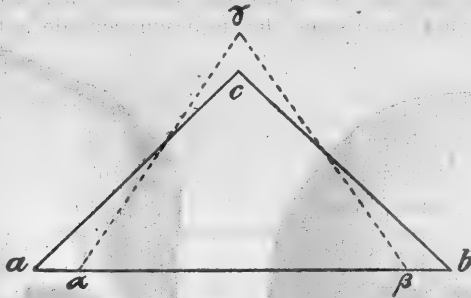


FIG. 3.

représente la largeur entre les molaires chez le brachycéphale, la ligne $αβ$ représente la même largeur chez le dolichocéphale; elle mesure 43 millimètres. Les lignes ac , bc ; $αγ$, $βγ$, réunissent le milieu de la surface triturante des premières molaires avec le milieu de l'espace intercisif médian. A cause de la grandeur égale des dents sur les deux palais, les lignes $αγ$, $βγ$, doivent être aussi longues que ac , bc . Comme, à cause de la différence de largeur aux premières molaires, le triangle formé avec les lignes $αγ$, $βγ$, et la largeur du palais $αβ$ comme base, possède une base sensiblement plus étroite que le triangle abc , il s'ensuit que le triangle $αβγ$ sera notablement plus étroit, plus resserré, et plus saillant, ce qui s'accorde avec les détails de l'arcade dentaire en question, son étroit resserrement, son allongement en avant, et, la plus grande possibilité d'une inflexion en forme de V ».

La mâchoire inférieure présente une disposition analogue; le dolichocéphale a une articulation dentaire normale; il n'y a évidemment pas à intervenir dans ces cas qui sont les plus nombreux.

Le stomatologiste doit intervenir chaque fois que le maxillaire

supérieur ayant subi un temps d'arrêt dans son développement, l'ogivité de la voûte palatine se trouve accrue, et que les dents — c'est là une conséquence presque fatale — manquant de place se sont implantées irrégulièrement; les dents, en effet, quelle que soit la cause qui a frappé le maxillaire supérieur au cours de son développement, ne subissent pas l'influence de la cause qui a frappé l'os qui les supporte.

L'irrégularité dentaire se voit chaque fois qu'il n'y a plus harmonie entre le maxillaire et les dents, quelles que soient leurs dimensions absolues.

Il convient de noter aussi que ce n'est pas sur les voûtes les plus profondes que se voient les irrégularités les plus marquées; ce n'est pas la profondeur de la voûte qui est la cause principale des irrégularités dentaires: une voûte profonde peut être normale; une voûte plus large, au contraire, peut cependant avoir subi un arrêt de développement et n'être plus en harmonie avec les larges dents qui l'encadrent; dans ces cas, le terme de « voûte en ogive » semblerait même exagéré; c'est un cas semblable qui se trouve figuré ci-contre (fig. 4 et 5).

Habituellement, le cas que nous avons à traiter est le suivant: Les prémolaires et les molaires sont disposées régulièrement ou à peu près, mais étroitement appliquées l'une contre l'autre; de plus, l'arcade dentaire étant rétrécie, les dents sont moins éloignées de celles du côté opposé que si la voûte est large et basse, comme c'est le cas chez le brachycéphale. En avant des prémolaires, les six dents antérieures, ne trouvant qu'une place insuffisante, se disposent d'une façon irrégulière, variable, ainsi qu'on le peut voir sur les figures qui suivent.

Mais, tout d'abord, si le malade présente des végétations adénoïdes, l'ablation de ces dernières constitue un temps opératoire préliminaire. En effet, il ne faut jamais hésiter à adresser tout d'abord le petit malade au rhinologiste qui l'opère, après quoi, le stomatologiste intervient seulement. Le rhinologiste ébauche l'œuvre, mais nous la complétons en en faisant d'ailleurs la plus grande part.

Le traitement du stomatologiste consiste à élargir l'arcade dentaire; en même temps que cet élargissement se produit, la voûte palatine se redresse, devient moins profonde. Cet élargissement de l'arcade porte sur la région des prémolaires et des molaires d'une façon évidente, de sorte que, en avant de ces dents, l'arcade va déjà offrir aux six dents antérieures une plus large surface, en vue d'une implantation régulière par la suite; mais de plus l'élargissement porte aussi sur la partie antérieure

de l'arcade, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dès les premiers



FIG. 4.
Avant le traitement.

temps du traitement, par l'écartement qui se produit entre les



FIG. 5.
Après le traitement.

incisives; cet écartement se voit à l'examen attentif de nos schémas.

En 1881, un dentiste anglais, Coffin, fit connaître sa méthode d'expansion « expansion of the arch ».

L'appareil de Coffin est une simple plaque en caoutchouc qui ne recouvre que le palais, en principe, et qui, quelquefois seulement, recouvre les molaires. Au milieu de cette plaque, se trouve un ressort en fil de piano, formé de plusieurs anses, et dont les extrémités sont enchâssées dans le caoutchouc. L'appareil est appliqué ainsi pendant quelques jours, pour que le sujet s'y habitue ; puis il est séparé en deux par un trait de scie antéro-postérieur ; dès lors, le ressort agit sur les deux moitiés de l'appareil qu'il tend à reporter en dehors, et l'on comprend

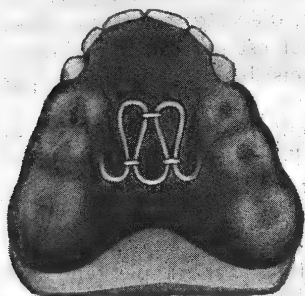


FIG. 6.
Appareil de Coffin.

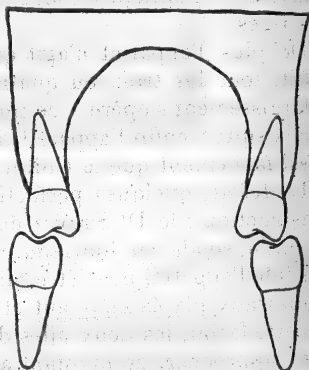


FIG. 7.
(In Colyer¹).

aisément comment, avec le temps, cet appareil va amener l'élargissement de l'arcade dentaire.

On peut remplacer le ressort de Coffin par la vis de Jack, et l'on obtient ainsi, avec la double vis, un appareil dont on peut graduer l'écartement de la façon la plus précise.

Le Coffin est très employé en Angleterre ; mais tel qu'il a été conçu par l'auteur, il présente quelques imperfections ; tout d'abord, c'est une simple plaque palatine, n'embrassant pas les molaires, qui, repoussées en dehors, tournent autour de leur apex, sans que rien ne les retienne sur leur face externe ; il est vrai, qu'aujourd'hui, les praticiens anglais élèvent presque toujours l'articulation ; ensuite le Coffin est à action continue, ce qui le rend plus difficilement supportable ; enfin, le ressort se tord facilement ; l'appareil ne tient plus en place : il a été faussé.

1. Notes on the Treatment of Irregularities in position of the Teeth.

Pour ces diverses raisons, nous employons en France, un appareil qui ne présente pas tous ces inconvénients : celui de Francis Jean. Il se compose toujours de deux ailes de caoutchouc ; mais l'écartement se fait à l'aide de deux tiges métalliques parallèles, introduites chacune dans un fourreau également métallique, et accolées sur leur longueur. A l'extrémité de chacune d'elles est soudé un crampon solide, qui leur assure une fixité parfaite dans la plaque de caoutchouc. Les deux parties peuvent être séparées complètement, et nettoyées facilement. Cet appareil a l'avantage de graduer d'une façon précise et sans danger de déplacement, l'écartement des deux ailes de caoutchouc ; cet écartement s'obtient à l'aide de fils métalliques enroulés autour des tiges.

De plus l'appareil n'agit que d'une façon intermittente : il suffit, tous les trois ou quatre jours, d'écarter les deux ailes ; l'élargissement s'opère à ce moment, et est seulement maintenu par la suite ; enfin l'appareil de Francis Jean ne se déplace pas aussi facilement que le Coffin.

Toutefois, quelques perfectionnements ont été apportés à sa construction : le Dr Sauvez en règle l'écartement à l'aide d'une vis qu'il soude au fourreau métallique antérieur ; de plus la fixité de l'appareil peut être mieux établie à l'aide d'un ou deux coulisseaux placés en avant et en arrière des tiges métalliques ; de cette façon, les deux ailes de caoutchouc n'ont pas tendance à se rapprocher, en pivotant autour des tiges parallèles comme axe. Enfin, il y a toujours un gros avantage à ce que l'appareil embrasse les molaires ; tout d'abord, il est souvent indiqué d'élever l'articulation ; et surtout les molaires retenues sur leur face externe, ont plutôt tendance à se déplacer en masse en dehors, qu'à tourner autour de leur apex, ce qui arrive dans les cas où l'appareil extenseur se compose simplement d'une plaque palatine.

Nous avons tenu à décrire et à comparer l'appareil de Coffin et celui de Francis Jean, car ils sont le plus habituellement employés ; dans les cas traités dont nous parlons plus loin, c'est l'un ou l'autre de ces appareils qui a été employé.

Si l'irrégularité qui porte sur les dents antérieures est très marquée et atteint la majorité de ces organes, il n'a pas suffi d'écarter l'arcade ; le second temps de l'opération consiste à ramener les dents dans une position normale et régulière sur l'arcade élargie : nous n'avons pas à entrer dans la description des appareils bien connus, que l'on emploie à cet effet : plan incliné de Catelan, appareils à chevilles, à vis de Jack, à fils métalliques ou de soie, à ressorts, etc.

Dans cette discussion générale du traitement, une autre question se pose : A quel âge doit-on intervenir ? Vers l'âge de douze ans, aussitôt après la chute des dernières dents de lait, et l'éruption de la deuxième grosse molaire. Plus tard, en effet, la position irrégulière des dents est plus accentuée, plus profonde, pour ainsi dire, la difficulté est beaucoup plus grande et le résultat moins satisfaisant.

Malheureusement, bien des malades ne viennent pas consulter à ce moment où le traitement serait des plus faciles, et nous avons affaire à des cas, où les difficultés sont plus grandes et les résultats moins satisfaisants.

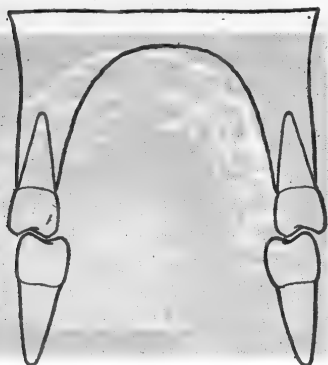


FIG. 8.

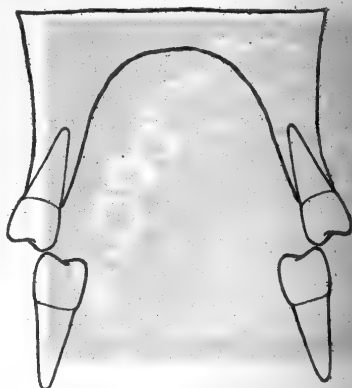


FIG. 9.

(In Colyer).

Ces appareils extenseurs, malgré leurs avantages, ne sont pas applicables dans tous les cas ; quand une dent migre à la faveur d'un appareil, elle tourne autour de son apex, de sorte que, si la couronne se déplace, se porte en dehors dans le cas actuel, la portion apicale conserve, en réalité, la même position qu'avant ; pour cette raison, la reproduction de la difformité n'est pas rare ; mais surtout, quand les dents ont leur direction normale, c'est-à-dire quand leur face triturante regarde en bas et légèrement en dehors, l'application de l'appareil est dangereuse, car l'articulation normale est remplacée par une autre vicieuse, ainsi que le montrant clairement les fig. 6 et 7. Ce n'est que dans les cas où la face triturante regarde en bas et en dedans que l'appareil de Coffin est nettement indiqué (*Voyez* fig. 5). L'élargissement de la voûte a surtout un grand avantage, apprécié du malade, c'est qu'il permet la régularisation de l'arcade dentaire avec conservation de toutes les dents.

Il est des cas où l'implantation vicieuse des dents tient nettement à ce que le maxillaire est trop petit pour loger toutes les dents : il est évident que l'élargissement de l'arcade ne donnerait pas de résultats ; c'est à l'extraction qu'il faut recourir alors. Quelquefois, enfin, il est indiqué de combiner l'extraction et l'élargissement.

Nous empruntons d'abord à Colyer un cas d'élargissement de l'arcade dentaire :

Les racines des prémolaires et des molaires du haut du côté droit sont verticales, tandis qu'à gauche elles se dirigent légèrement en dehors, fait qui n'est pas en faveur de l'élargissement.



FIG. 10.
Avant le traitement.



FIG. 11.
Après le traitement.

Cependant, tandis que les incisives centrales forçaient la lèvre supérieure à se retrousser, il existait vers les angles de la bouche, de légères dépressions indiquant que l'élargissement des prémolaires et des canines serait un avantage pour le sujet au point de vue esthétique, tandis que l'extraction des prémolaires, faite en vue de corriger l'irrégularité, ne ferait qu'augmenter l'aspect disgracieux du visage. Le résultat obtenu par l'élargissement de l'arcade dentaire fut des plus satisfaisants, et la physionomie de la malade fut singulièrement améliorée.

Chez le Dr Sauvez, nous avons trouvé, parmi ses cas de redressement, deux observations intéressantes, qu'il nous permit très obligeamment de publier dans notre thèse ; chez un sujet, le maxillaire supérieur seul était atrophié, disposition consécutive à la présence d'adénoïdes dans le rhino-pharynx, et après l'ablation desquelles le Dr Sauvez intervenait pour rendre à l'arcade dentaire ses dimensions normales (V. fig. 12-13).

Chez l'autre sujet qui n'avait pas eu d'adénoïdes les deux maxillaires du haut et du bas étaient rétrécis; tandis que, chez le premier malade, une cause locale était intervenue, n'agissant

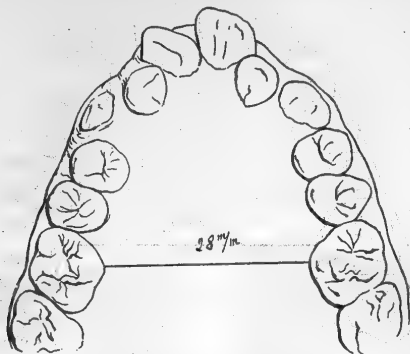


FIG. 12.
Avant le traitement.

que sur le maxillaire supérieur; chez le second, une cause d'ordre général agissait sur l'ensemble du squelette facial.

Le premier cas fut traité avec l'appareil de Francis Jean, modifié, comme nous l'avons déjà dit, par M. Sauvez.

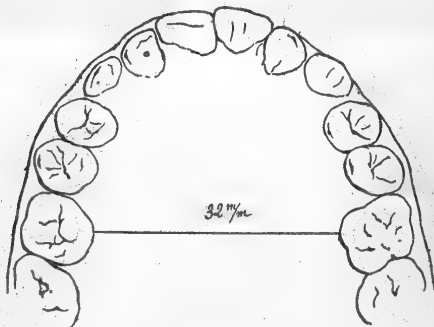


FIG. 13.
Après le traitement.

Dans le second cas, l'élargissement du maxillaire inférieur dut être fait avec celui du maxillaire supérieur. (V. fig. 14-15-16-17).

Nous savons que les appareils extenseurs pour la mâchoire inférieure sont également nombreux; nous n'avons pas à les décrire: signalons seulement ceux de Godon, de Douzillé, de

Bonnard, de Cecconi, etc. Le Dr Sauvez employa un appareil extrêmement simple, deux ailes en caoutchouc, s'écartant à l'aide

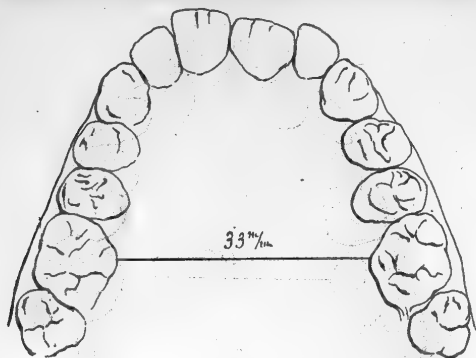


FIG. 14.
Avant le traitement. — Mâchoire supérieure.

d'une vis ; cette vis était fixée sur l'une des ailes ; l'autre aile, mobile, tournait sur cette vis, s'éloignant ou se rapprochant ainsi de la ligne médiane.

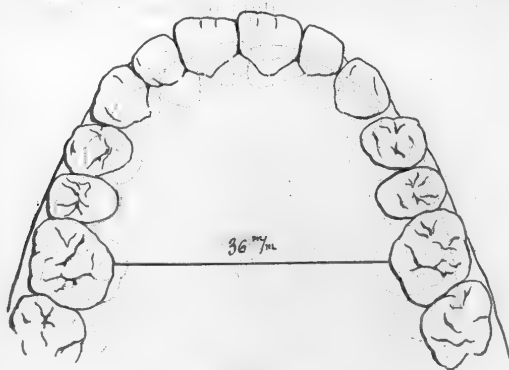


FIG. 15.
Après le traitement. — Mâchoire supérieure.

L'appareil « monobloc » de Robin, quand on peut l'employer, rend, dans ces cas, un précieux service.

Le cas suivant que nous avons recueilli au « Royal Dental Hospital » de Londres, et que nous publions grâce à l'obligeance

de M. Lloyd Williams, nous présente une voûte tellement resserrée que l'on y passe à peine la pulpe du petit doigt.

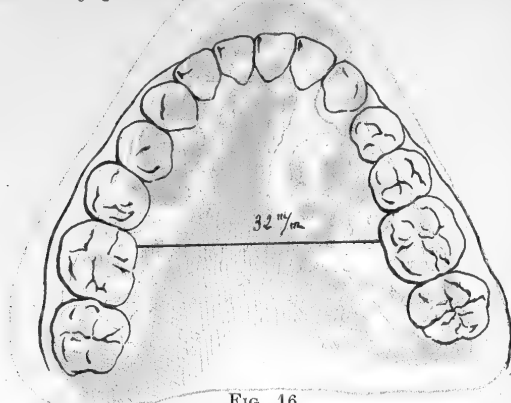


FIG. 16.

Avant le traitement. — Mâchoire inférieure.

Ces cas sont justiciables du redressement à l'aide de l'appareil extenseur. Le sujet, porteur de cette déformation, est un ancien adénoïdien, aujourd'hui âgé de 23 ans. (Voir fig. 18 et 19).

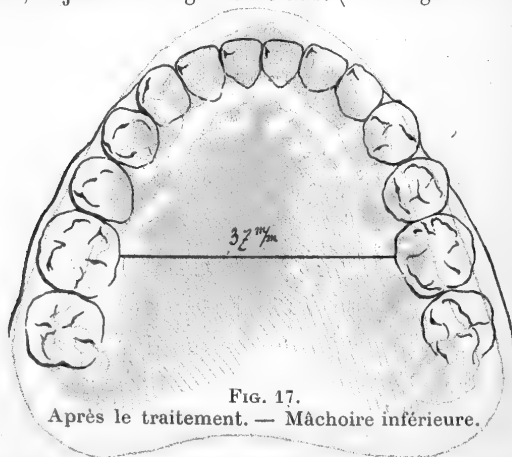


FIG. 17.

Après le traitement. — Mâchoire inférieure.

Nous voyons donc que, dans la majorité des cas, l'élargissement de l'arcade a suffi, suivi ou non, suivant les indications, du redressement des dents antérieures par des appareils de redressement que nous avons indiqués, appareils à chevilles ou autres.

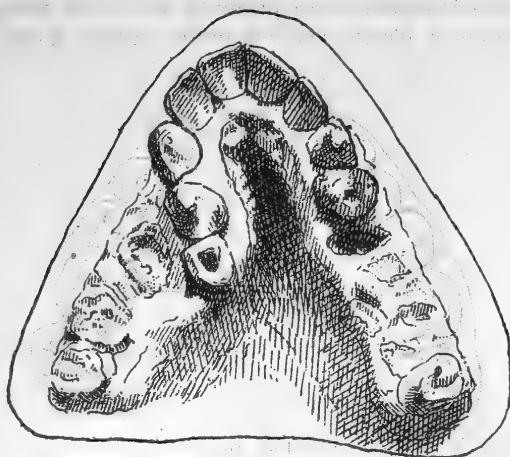


FIG. 18.
Avant le traitement.

Parfois cependant l'élargissement ne donnerait pas de bons

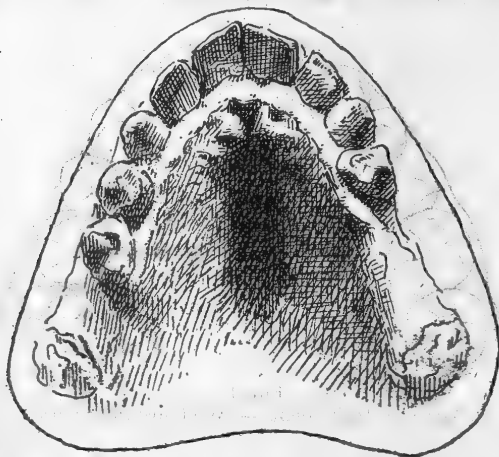


FIG. 19.
Après le traitement.

résultats, et l'extraction, qu'il faut proscrire en général, trouve son indication.

Voici un cas emprunté à Colyer :

Les incisives latérales sont en dedans de l'arc dentaire, assez loin et dirigées verticalement, tandis que les canines sont un peu en dehors de l'arc. L'examen des racines de ces dernières montre qu'elles se portent vers la ligne médiane, en même temps que les racines des premières prémolaires prennent la même direction. L'extraction des incisives latérales amènera la guérison sans traitement prothétique. Les canines descendront et prendront une bonne direction ; les incisives centrales se porteront en arrière, prenant une direction normale pendant que les prémolaires se portant en avant prendront aussi une direction verticale. Ce traitement est plus rationnel que

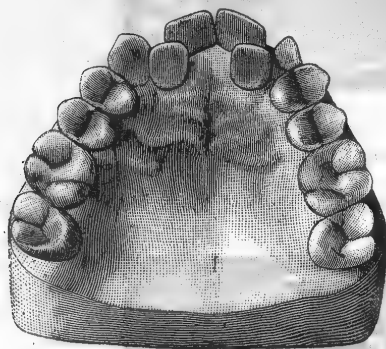


FIG. 20.

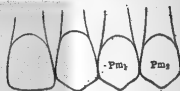
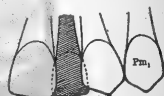


FIG. 21-22-23.

celui qui consisterait à extraire la première prémolaire pour tenter de régulariser la disposition des six dents antérieures. S'il est préférable, en général, de conserver les quatre incisives, dans le cas particulier on voit, à l'aide des schémas ci-contre, que l'esthétique ne perdra pas à ce que l'incisive latérale soit supprimée pour permettre à la centrale, à la canine, et aux prémolaires de se placer côte à côte régulièrement et verticalement.

Dans certains cas, avons-nous dit, il faut combiner l'élargissement de l'arcade et l'extraction.

En voici un exemple dans lequel nous trouvons toujours la même difformité caractérisée par le chevauchement des six dents antérieures, la canine droite apparaissant très en dehors et très haut. Les premières molaires, à cause de leur état, ne purent être conservées, puis l'appareil de Coffin fut appliqué donnant le résultat représenté dans les figures 24 et 25 (in Colyer *loc. cit.*).

Mais nous tenons, en terminant, à bien faire remarquer que les cas où l'extraction est indiquée sont exceptionnels ; en général,

c'est par l'élargissement de l'arcade dentaire supérieure, com-



FIG. 24.
Avant le traitement.

biné, suivant les indications, à celui de l'arcade inférieure, que le

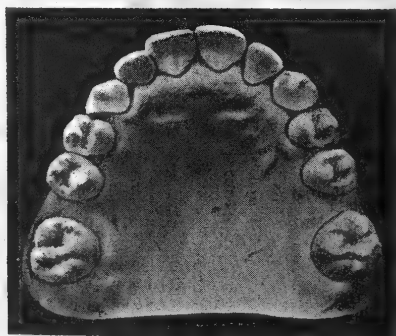


FIG. 25.
Après le traitement.

stomatologiste corrigera les difformités que nous avons signalées dans ce travail.

IV. — PHYSIOLOGIE

I

SUR LA SENSIBILITÉ RELATIVE DE L'OREILLE HUMAINE POUR DES SONS DE HAUTEURS DIFFÉRENTES MESURÉE AU MOYEN DE TUYAUX D'ORGUE¹

Par le Professeur **ZWAARDEMAKER** (d'Utrecht).

La sensibilité relative de l'oreille humaine pour la hauteur a été étudiée presque en même temps, mais par des méthodes différentes, par MAX WIEN², QUIX et moi-même³. Le résultat de ces études faites parallèlement concordaient sur certains points, et différaient sur d'autres. Ils sont d'accord sur les points suivants :

- 1° Il y a seulement un maximum de sensibilité ;
- 2° Ce maximum est à G⁴ (sol⁴) ;
- 3° La zone de sensibilité bien distincte s'étend de C⁴ (ut⁴) à G⁵ (sol⁵) ;
- 4° En dehors de cette région, vers les limites de la gamme, la sensibilité diminue considérablement.

Ils diffèrent sur ces points :

1° Pour MAX WIEN, la sensibilité s'écarte beaucoup dans la zone de sensibilité bien distincte, tandis que pour nous, elle est du même ordre ;

2° Le minimum perceptible pour le point le plus sensible est pour lui 1.000.000.000 de fois plus petit que pour nous.

Étant donné l'état de la question, il semblait bon de déterminer au moyen d'une méthode complètement différente, une fois de plus, le minimum perceptible dans toute la gamme. Nous devons

1. Communication à l'Académie royale des sciences d'Amsterdam, 25 février 1905.

2. MAX WIEN, *Physik. Ztschr.*, IV, p. 69; *Pflüger's Archiv*, t. 97, p. 1, 1903.

3. ZWAARDEMAKER et QUIX, *Ned. Tijdschr. V. Geneesk.*, 1901, II, p. 1374; 1902, II, p. 417 et *Engelmann's Archiv*, 1902, Suppl., p. 367.

éviter l'emploi du téléphone et du diapason. Nous eûmes recours à des tuyaux d'orgue à large auvent; nous en avons toute une série en bois, de modèle uniforme, allant de C à G⁴; ils concordaient en partie avec les sifflets d'EDELMANN si connus, et la série pouvait être continuée par le sifflet de GALTON.

Les expériences furent faites, soit sur la plaine de Milligen, soit dans la galerie de la bibliothèque de l'Université d'Utrecht, soit dans le local complètement sourd du laboratoire de physiologie. Puisque les résultats, d'une manière générale, concordent entre eux et que nous en publierons plus tard la description détaillée, nous ne donnerons pour le moment que deux séries, prises dans les conditions les plus simples. Ce sont : a) la série terminale sur la plaine, b) dans la galerie. Nous allons décrire d'abord le dispositif, qui était le même pour les deux séries.

Le tuyau d'orgue qui sert de source de son, est monté verticalement sur un pied, près du sol avec aussi peu de contact que possible. Il est relié à un spiromètre d'HUTCHINSON. Immédiatement sous la chambre à vent du tuyau et uni à lui par une large ouverture est un manomètre à la ligroïne. Le manomètre forme un angle obtus assez petit pour qu'on puisse lire une pression de $1/4$ de millimètre d'eau. Le spiromètre est alors chargé d'une petite boîte pleine de sable, de sorte que l'air est chassé très régulièrement et oblige le tuyau à émettre un son peu élevé, sans bruit de frottement perceptible et sans sons accessoires. L'air employé est lu sur l'échelle du spiromètre et mesuré à la seconde au moyen d'un chronomètre qu'on met en marche au même moment. Le produit du volume d'air, de la pression et de l'accélération de la pesanteur (tout en centimètres) donne alors l'énergie fournie par seconde, en ergs.

On ignore quelle fraction de l'énergie est transformée en son. WEBSTER¹ donne une évaluation de la partie efficace de 0,0013 à 0,0038; RAYLEIGH² d'autre part supposa, en 1877, comme estimation préliminaire, que toute l'énergie était convertie en son « en supposant que toute l'énergie de l'air qui s'échappe soit convertie en son et qu'il n'y ait pas de perte en chemin ». La vérité est probablement entre les deux, puisque toujours nous avons veillé à ce que le son soit clair et facile. MAX WIEN faisait, à ce sujet, remarquer en 1888 : « Il se produit certainement une perte d'énergie due d'abord à ce qu'une partie du courant d'air n'est pas du tout convertie en ondes sonores, mais, est perdue

1. A. G. WEBSTER, *Boltzmann's Festschrift*, 1904, p. 870.

2. RAYLEIGH, *Proc. Roy. Soc.*, vol. 26, p. 248, 1877.

par la formation de tourbillons, les uns extérieurs au tuyau, les autres intérieurs. Nous verrons plus tard que cette partie est petite seulement pour une position donnée de l'anche du tuyau et pour une pression donnée. Une seconde perte d'énergie est due au frottement sur les parois du tuyau et aux tremblements qu'elles éprouvent; une troisième perte a lieu sur le chemin entre la source et l'observateur par le frottement sur le sol, le mouvement de l'air (vent) et la viscosité de l'air. Pour RAYLEIGH, cette dernière partie est relativement grande, puisque du fait de l'adhérence de l'air, il y eut une perte d'énergie de $\pm 22\%$. »

Si 22% est considéré comme un chiffre relativement élevé, nous pouvons supposer que MAX WIEN estimait que les pertes dues à d'autres causes avaient un chiffre égal ou moindre. Mais quelle qu'ait été la partie efficace de l'énergie fournie, il n'y a aucune raison de croire qu'elle ait été sensiblement différente pour les divers tuyaux. En tout cas, les tuyaux de bois appartenaient à une même série de modèle uniforme. Donc la méthode est suffisante pour des mensurations comparées.

Pendant qu'un observateur lisait les échelles du spiromètre et du manomètre, un autre s'éloignait à la distance la plus grande à laquelle le son était entendu et reconnu (seuil de la reconnaissance : *Erkennungsschwelle*). Cette distance était plus tard prise comme rayon d'une demi-sphère à travers laquelle s'étend l'énergie du son.

A. — Expériences sur la plaine de Millingen

Terrain parfaitement plan, arbres à 600 mètres seulement; belle soirée calme; le 19 octobre 1904. Observateur: pour l'audition F. H. QUIX, pour la partie optique H. F. MINKEMA (voir Tableau I).

B. — Expériences dans la galerie de la bibliothèque de l'Université

Après-midi du 3 janvier 1905. Observateurs: pour l'audition H. ZWAARDEMAKER, pour la partie optique H. F. MINKEMA (voir Tableau II).

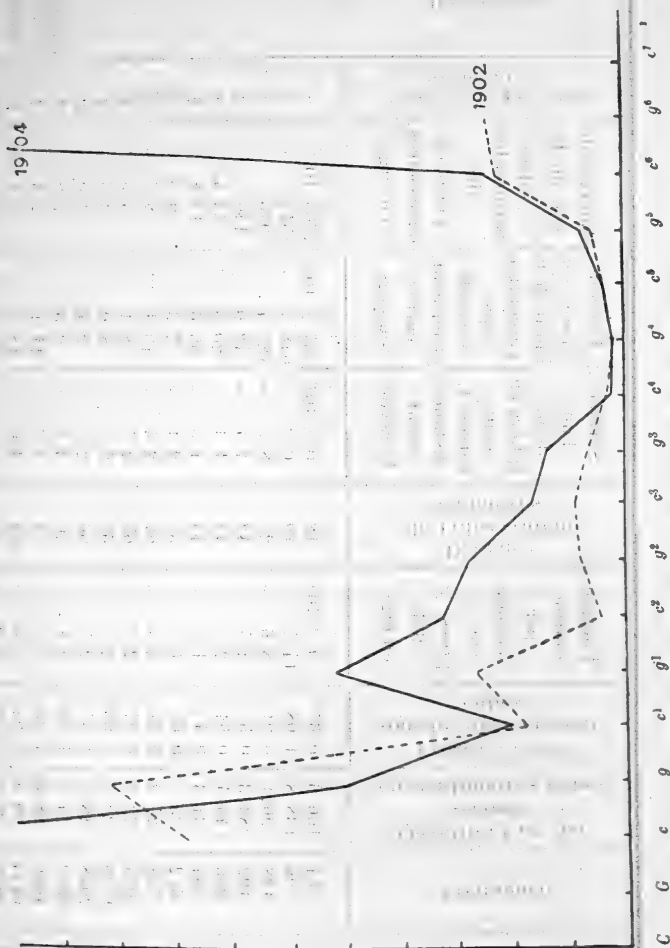
Si pour le moment, nous tenons compte de l'énergie fournie en négligeant la perte fatale d'énergie dans le tuyau et dans l'air; si de plus, nous supposons valable la loi théorique des distances (extension sur une demi-sphère), nous avons les résultats suivants :

1. M. WIEN, *Die Messung der Tonstärke*. Thèse de Berlin, 1888, p. 45.

TABLEAU I
Expériences faites sur la plaine de Milligen, 19 octobre 1904, 3^e série. Observateurs : pour l'audition F.-H. Quix,
pour la partie optique H.-F. MINKEMA.

Source du son	Hauteur	Fréquence	Quantité d'air par seconde en cent. cubes	Énergie fournie par seconde vol. \times press. \times 981 en ergs	Distance de l'obser- vateur en mètres	Surface d'une demi- sphère en cent. carrés, la distance étant le rayon	Énergie du son à la limite de la perception par seconde et en cent. carrés, en ergs	Énergie du son sur le tympan par nombre de périodes nécessaires, en ergs	Nombre de périodes nécessaires	Remarques
Tuyaux d'orgue en bois à auvent	C	64	238	15.9 10 ⁴	80	4.0 10 ⁸	39.10 ⁻⁵	441.5 10 ⁻⁸	2	
	G	96	208	32.7 »	100	6.3 »	52.0 »	364.0 »	2	
	c	128	69.4	2.7 »	60	2.3 »	12.0 »	62.7 »	2	
	g	192	75	3.4 »	150	14.1 »	2.4 »	8.3 »	2	
	c ¹	256	44.6	4.8 »	150	14.1 »	1.2 »	3.2 »	2	
	g ¹	384	43.1	3.1 »	100	6.3 »	5.0 »	8.7 »	2	
	c ²	512	28.9	2.6 »	100	6.3 »	4.1 »	5.4 »	2	
Grand sifflet d'Edelmann	g ²	768	58.1	7.1 »	145	13.2 »	5.4 »	4.7 »	2	
	c ³	1024	69.4	11.2 »	205	26.4 »	4.3 »	2.8 »	2	
	g ³	1536	113.6	28.0 »	280	49.2 »	5.7 »	2.5 »	2	
	c ⁴	2048	64.1	17.2 »	505	160.2 »	1.1 »	0.4 »	2	
Petit sifflet d'Edelmann	g ⁴	3072	63.3	17.3 »	430	116.1 »	1.5 »	0.3 »	2	
	c ⁵	4096	46.4	13.7 »	275	47.5 »	2.9 »	0.6 »	2	
	g ⁵	6144	43	12.7 »	250	39.3 »	3.2 »	1.0 »	2	
Sifflet de Galton	c ⁶	8192	46.7	14.4 »	220	28.1 »	5.1 »	4.2 »	5	
	g ⁶	12288	43.8	14.0 »	70	3.1 »	45.5 »	24.8 »	20	
	c ⁷	16384	45.8	14.6 »	20	0.3 »	581.3 »		20	

1° La sensibilité de notre oreille n'a qu'un seul maximum, situé dans l'octave marqué quatre fois ;



Minimums perceptibles dans le cours de la gamme; le minimum pour $G^4 = 1$.

Valeur absolue du minimum choisi : en 1902 : $0,79, 10^{-8}$ Erg, en 1904 ; $0,32, 10^{-8}$ Erg.

2° Il y a une zone de sensibilité distincte allant de g^1 à g^5 ;

3° En dehors de cette zone la sensibilité diminue très vite ;

4° Dans la zone de sensibilité distincte, les minimums perceptibles appartiennent au même ordre;

5° Pour la partie la plus perceptible de la gamme, le minimum de perception est de $0,32 \times 13^{-8}$ Ergs pour M. QUIX, et de $1,9 \times 10^{-8}$ Ergs pour moi-même.

Naturellement le vrai minimum de perception pour le point le plus sensible de la gamme est situé plus bas. Pour le moment, nous ne pouvons déterminer combien cette situation est plus inférieure, mais, en tout cas, le minimum de perception trouvé avec les tuyaux d'orgue, est certainement un million de fois plus grand que celui trouvé par MAX WIEN au moyen de ses expériences avec le téléphone. Les minimums trouvés dans la plaine et dans la bibliothèque concordent, cependant, d'une façon satisfaisante avec le minimum que nous avons calculé auparavant pour les diapasons, en nous servant des données de TÖPLER et BOLTZMANN ¹.

En tenant compte de la partie efficace pour le tuyau d'orgue, trouvée par WEBSTER (0,0013 et 0,0038), le minimum de perception pour les points les plus sensibles de la gamme devient inférieur, à savoir : 0,45 à $1,3 \cdot 10^{-11}$ Ergs, mais il n'atteint pas, et de beaucoup, les valeurs extraordinairement minimes des expériences de MAX WIEN avec le téléphone. En supposant même qu'on entend mieux la nuit, dans le profond silence d'un laboratoire, que dans une plaine, sans parler de l'après-dîner dans la bibliothèque, cette différence ne s'explique pas. Mais je ne vois pas pour quelle raison les résultats d'expériences faites sur un terrain parfaitement plan, loin des bois ou des habitations, expériences qui, suivant les importantes recherches antérieures de MAX WIEN, tombent complètement sous le coup de la loi théorique de la propagation du son, mériteraient moins de confiance que les expériences faites avec le téléphone et qui exigent des calculs très compliqués.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

1. TÖPLER et BOLTZMANN, *Ann. d. Physik u. Chemie*, t. 141, p. 321.

II

SUR L'ORIENTATION ET L'ACCOMMODATION AUDITIVES

(Réponse à M. le Dr P. Bonnier)

Par **L. BARD**

Professeur de clinique médicale à l'Université de Genève.

J'ai lu avec grand intérêt, et avec reconnaissance, l'article récent que M. P. Bonnier vient de consacrer dans ces *Archives* à mes publications sur l'orientation et l'accommodation auditives ; j'espère qu'il réservera la même attention à celles qui ont suivi les premières.

Je ne me propose pas de répondre ici aux objections de fond qu'il m'adresse, parce que je ne pourrais le faire qu'en entrant dans de longs développements sur l'ensemble de mes recherches ; les lecteurs qui s'intéressent à la question trouveront des éléments suffisants d'appréciation en lisant comparativement mes mémoires antérieurs et l'article de M. Bonnier. Je voudrais seulement répondre aux reproches personnels qu'il m'adresse, en vue, dit-il, de « rentrer un peu dans son bien ».

Il revendique la découverte de l'accommodation à la distance que je m'attribue, celle de l'orientation latérale que je ne m'attribue pas, et celle de l'orientation angulaire que je ne m'attribue pas davantage, mais que, dit-il, je ne lui conteste pas.

A mon affirmation que, « de l'accommodation à la distance, il n'a, que je sache, jamais été parlé par personne », M. Bonnier oppose cette phrase écrite par lui en 1884 : « L'accommodation auditive à la distance, comme celle à l'intensité, se fait par la tension mesurée de la chaîne des osselets. » Le mot y est en effet, mais la chose en est tout à fait absente, de même que dans les autres travaux de M. Bonnier ; dans l'article actuel, il rapproche encore accommodation à la distance et accommodation à l'intensité, et cette confusion ne prouve guère qu'il ait découvert la première. L'accommodation à l'intensité est connue depuis longtemps, celle à la distance en diffère, comme les fonctions du cristallin diffèrent de celles de la pupille ; ici toutefois les deux accommodations sont assurées toutes les deux par le

tympa, mais par un mécanisme distinct, commandées chacune par un muscle différent.

Je n'ai aucune prétention à la priorité sur la comparaison, en bloc, des muscles de l'oreille moyenne aux muscles accommodateurs de l'œil, mais j'en ai une sur la séparation fonctionnelle des deux muscles, et sur la comparaison de l'un (muscle interne du marteau) avec le sphincter irien, et de l'autre (muscle de l'étrier) avec le muscle ciliaire.

Pour l'accommodation du tympan à la distance, comparable à celle du cristallin dans le même but, je revendique à la fois la découverte du fait et celle de son interprétation. Pour l'orientation, tant latérale qu'angulaire, c'est tout autre chose, le fait est banal et ancien ; « la découverte de l'orientation latérale ne date pas pour moi de 1904 », ni même de 1893 comme pour M. Bonnier, je l'ai toujours connue. Ce que je revendique, c'est uniquement l'interprétation et le mécanisme que j'attribue à chacune d'elles ; M. Bonnier ne saurait m'en contester la paternité, puisque précisément il ne les accepte pas.

Pour l'orientation angulaire, j'ai cité complètement la théorie de M. Bonnier, et j'en ai accepté les prémisses, « le mécanisme d'action de l'incidence de l'onde sonore sur le tympan », tout en rejetant la suite de l'explication ; j'ai donc rendu à chacun ce qui lui revenait.

Pour l'orientation latérale, je n'ai pas eu à faire la part des théories antérieures, puisque la mienne n'en procède point ; elles ont toutes pour caractère commun d'attribuer l'orientation latérale à des éléments étrangers aux propriétés des ondes sonores, alors que j'ai cherché et trouvé son explication dans la perception par l'oreille de propriétés physiques de ces ondes en rapport avec le sens de leur propagation. Sur ce point je ne me connais encore aucun précurseur.

Je ne saurais admettre davantage que « mon chiasma acoustique » soit « rappelé d'avance » par l'opinion de M. Bonnier, et de la plupart des auteurs, sur l'envoi prédominant des sensations de chaque oreille à l'hémisphère qui lui est opposé. Cette donnée suppose en effet simplement une décussation incomplète de fibres équivalentes, alors que « ma notion du chiasma acoustique » substitue à cette décussation un triage qualitatif, analogue à celui du chiasma optique, qui, lui, ne m'appartient à aucun titre c'est bien entendu. Ma théorie substitue à la notion classique, que le cerveau gauche entend mieux par l'oreille droite (et non à droite) que par l'oreille gauche, cette autre notion qu'il perçoit les bruits venus de la moitié droite de l'espace,

mieux que ceux venus de la moitié gauche, mais à l'aide des deux oreilles, car les deux oreilles entendent l'une et l'autre dans les deux moitiés de l'espace. C'est la conception de ce chiasma, et non celle d'une décussation simple, que je revendique, et je ne vois pas que M. Bonnier puisse me la contester.

La même divergence nous sépare pour les fonctions du labyrinthe et pour l'interprétation de l'observation de M. Egger, dans laquelle le malade avait perdu à la fois l'orientation auditive d'un côté et la perception d'un sens unique des mouvements de rotation sur le tabouret; M. Bonnier avait raison de refuser à M. Egger le droit d'expliquer cette perte par celle d'un nerf vestibulaire et d'un labyrinthe, mais il avait été incapable à son tour de fournir une explication plausible de cette perte, parfaitement observée sous le contrôle du professeur Déjerine; mon chiasma vestibulaire en fournit au contraire une parfaite explication.

M. Bonnier pense que « il suffit de comparer ce qui peut se passer pour l'audition latérale à ce qui se passe pour la vision latérale des animaux qui ont des yeux opposés et non juxtaposés, pour admettre un mécanisme d'orientation infiniment plus simple que celui que je propose ». Cette affirmation suffit à montrer que M. Bonnier ne m'a pas précédé sur ce terrain, puisque c'est précisément l'impossibilité de cette comparaison qui condamne le « mécanisme simple », dont, comme les autres auteurs, il s'est contenté jusqu'ici, et qui m'a amené à chercher autre chose. L'impossibilité de cette comparaison résulte de ce fait que chacun des yeux de ces animaux ne voit que les objets placés de son côté, de sorte que perception et orientation latérales sont ici synonymes, alors que chacune de nos oreilles entend les bruits venus des deux côtés et parvient néanmoins à les orienter latéralement, c'est-à-dire à distinguer entre ceux qu'elle perçoit. M. Bonnier pense, il est vrai, que chaque oreille oriente « très mal » du côté opposé, ce qui est à peine exact pour l'orientation angulaire, et ce qui ne l'est pas du tout pour l'orientation latérale, seule en cause ici. D'ailleurs tout en déclarant mauvaise cette orientation, M. Bonnier ne la nie pas, et cet aveu suffit pour qu'il ne puisse pas échapper à la nécessité de l'expliquer.

Telles sont les raisons qui font que je ne saurais admettre que M. Bonnier a ouvert, il y a vingt ans, « la porte que je viens d'enfoncer », ni même que « pour l'orientation latérale comme pour l'accommodation à la distance, la route était largement frayée » devant mes recherches par celles de M. Bonnier; je le concède par contre, volontiers pour l'orientation angulaire.

Enfin, si au début d'un de mes articles, j'ai engagé mes lecteurs à repasser, pour mieux me suivre, « la description anatomique des osselets et de leurs muscles, en négligeant celle de leur physiologie, dont le souvenir ne pouvait que gêner la compréhension de ce que j'avais à leur dire », ce n'était nullement parce que, dans ce que j'avais à dire, « toutes les bonnes choses » étaient de moi, ni par dédain pour les données antérieures, ni même par méconnaissance de la part de vérité qu'elles contiennent ; c'était uniquement par suite de l'expérience plusieurs fois répétée qu'il est plus facile de faire comprendre des notions nouvelles à ceux qui ignorent les erreurs dont elles doivent prendre la place qu'à ceux qui en sont imprégnés. Par contre je souhaite vivement qu'ils repassent la susdite physiologie, *après* m'avoir lu, pour pouvoir se rendre compte des progrès réalisés. M. Bonnier rappelle en terminant qu'il y a « beaucoup de vieux neuf sous le soleil » ; il a le droit de penser que mon neuf n'est pas bon, mais il ne saurait soutenir sans injustice qu'il est vieux.

Ceci dit, je suis le premier à rendre hommage aux importants et multiples travaux de M. Bonnier sur la physiologie du labyrinthe et de l'audition, ils m'ont appris beaucoup de choses ; je suis heureux de me trouver souvent d'accord avec lui, quelquefois sur le neuf, souvent sur le vieux. Il s'en est bien aperçu, puisqu'il reconnaît « qu'il a seul trouvé grâce devant moi », quoiqu'il se plaigne que je ne l'aie « couvert de quelques fleurs » que pour le « bannir ensuite de ma république ». Qu'il me permette de lui dire que les fleurs étaient sincères, et que si « ma république » ignore le communisme, elle ignore aussi le bannissement¹.

1. Nous avons communiqué à M. Bonnier la lettre de M. Bard. Faute de place, sa réponse ne pourra paraître que dans notre prochain numéro.

V. — TECHNIQUE PRATIQUE

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT

DES

DÉVIATIONS DE LA CLOISON

PAR LA

RÉSECTION SOUS-MUQUEUSE¹

Par **Raymond CLAOUÉ** (de Bordeaux).

J'ai simplement pour but de faire connaître les remarques que j'ai pu faire au cours de ma pratique dans la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. Je n'ai pas à exposer l'opération que Petersen décrivit en 1883; elle est bien connue. Je rappellerai seulement que *l'hémorragie* et *la douleur* furent les grosses difficultés qui découragèrent bien des opérateurs; une technique plus perfectionnée de la cocaïnisation et surtout la *vulgarisation de l'adrénaline* devaient faire revivre cette méthode si rationnelle, et cependant si peu pratiquée dans notre pays, à en juger par la rareté des travaux auxquels elle a donné lieu.

Une première question se pose : *Y a-t-il avantage à faire une résection fenêtrée à la façon de Krieg*, c'est-à-dire à sacrifier complètement la muqueuse du côté convexe et à conserver seulement celle du côté concave?

Il est incontestable que le sacrifice de la muqueuse du côté convexe facilite notablement l'exérèse des parties profondes déviées, mais les soins post-opératoires sont autrement plus longs : pendant plusieurs semaines, il se produit des croûtes qu'il faut enlever, des granulations qu'il faut réprimer. Nous pensons que le procédé qui consiste à conserver les deux muqueuses, celle du côté concave et celle du côté convexe, comme dans le Petersen, mais qui emprunte à Krieg et à Châtellier la résection large et profonde du septum dans toute sa partie déviée, est le meilleur, quoique d'exécution un peu plus difficile. C'est celui qui tend de plus en plus à se généraliser, c'est celui que nous avons utilisé dans la majorité des cas.

¹. Communication à la Société française de laryngologie, mai 1905.

Je n'ai pas à insister sur l'*asepsie* dont doit être entourée cette petite opération, comme d'ailleurs toutes les interventions intranasales. Elle doit ici particulièrement être *rigoureuse*, si on veut obtenir la guérison par première intention, si on veut éviter les complications infectieuses de voisinage (érysipèles, adénites etc.).

Un point fort discuté est le suivant : *Faut-il opérer sous l'anesthésie générale ou locale ?*

Nous pensons que l'anesthésie générale constitue une difficulté nouvelle ajoutée à l'opération : opérateur et chloroformisateur se gênent mutuellement ; loin de pouvoir seconder l'opérateur, le malade parfois s'éveille ou vomit, enfin l'image de la cloison, surtout dans sa partie inférieure, n'est bien visible qu'en position rhinoscopique, position qu'on ne peut sans danger faire prendre à un malade anesthésié.

Nous estimons donc que l'anesthésie générale ne doit être employée qu'exceptionnellement, par exemple quand il s'agit d'enfants gâtés et indociles ou d'adultes pusillanimes. Dans tous les autres cas, c'est à l'anesthésie locale à la cocaïne qu'il faudra s'adresser.

Comment faire cette anesthésie, comment faire aussi l'ischémie du champ opératoire ? Par les badigeonnages à la cocaïne et à l'adrénaline, nous n'avons jamais obtenu une parfaite anesthésie et ischémie du champ opératoire, surtout quand la résection a dû atteindre de l'os, le bec du vomer par exemple.

Nos préférences vont à l'injection des deux côtés d'une solution de cocaïne à $\frac{1}{2}$ pour 100 ou $\frac{1}{100}$ avec 2-3 gouttes d'adrénaline. En outre, l'injection dans la sous-muqueuse de 2 à 3 c. c. d'eau stérilisée (méthode d'Escat 1898), quand elle est possible, rendra des services en facilitant le décollement de la muqueuse. Nous attachons à la bonne exécution de ce temps opératoire une grande importance. Nous dirons même que l'injection de la cocaïne-adrénaline bien faite est le secret pour mener vite et bien l'opération sans retards, sans incidents. Il faut que le champ opératoire prenne une teinte blanche bien accentuée. Quelques minutes après l'injection, nous badigeonnons encore les deux côtés de la cloison avec de la cocaïne à $\frac{1}{10}$ ou $\frac{1}{20}$, puis encore avec de l'adrénaline à $\frac{1}{1000}$. Dans le cas où l'intervention doit porter sur la partie antérieure du vomer, il sera essentiel de

faire cette injection assez bas vers le plancher nasal, car cette région osseuse est plus particulièrement douloureuse et saigne abondamment.

Plus qu'ailleurs encore, l'injection de cocaïne dans le nez nécessite la précaution absolue d'être pratiquée, le malade étant dans le décubitus dorsal. Chaque fois que nous avons fait l'injection, le malade étant assis, nous avons eu à le regretter. Même l'injection faite dans la position allongée, il n'est pas rare de voir le malade éprouver de l'angoisse, des sueurs, des maux de cœur qu'un peu de café ou d'alcool suffisent pour faire rapidement disparaître.

* *

Voyons maintenant l'opération elle-même.

Le malade est opéré le plus souvent assis en position rhinoscopique, la tête bien immobilisée, quelquefois cependant dans la position allongée, la tête surélevée; cette dernière position convient le mieux s'il s'agit d'un enfant.

1° **INCISION ET DÉCOLLEMENT DES MUQUEUSES** (fig. 1). — L'index ou le petit doigt placé dans la narine la plus large, c'est-à-dire dans la concavité même de la déviation, un écarteur tenu par un aide reclinant largement l'aile du nez du côté répondant à la saillie convexe de la cloison, on met bien en vue le champ opératoire.

a) *Incision*. — Les uns la font au galvano (Krieg, Müller, etc.), les autres au bistouri; les uns font trois incisions (en haut, en bas, en avant), les autres une seule incision verticale (Killian), d'autres enfin une incision verticale à extrémités légèrement recourbées en arrière (Hajek). L'incision verticale, faite sur la partie antérieure plus ou moins saillante de la déviation, et dont l'extrémité supérieure et inférieure se recourbe légèrement en arrière, nous a paru particulièrement propice et nous nous sommes toujours servi du bistouri qui permet une guérison par première intention; l'hémorragie est vraiment négligeable avec l'adrénaline. Cette incision qu'on a toujours une tendance à faire trop courte doit partir de très haut et descendre très bas, si on ne veut pas éprouver de telles difficultés pour bien démontrer l'extrémité antérieure du vomer. Un bistouri mince et droit peut suffire; nous utilisons cependant le plus souvent un bistouri à lame un peu incurvée, analogue au bistouri de Stacke.

b) *Libération de la face convexe*. — L'incision faite, à l'aide d'une rugine pointue, nous en libérons soigneusement les bords; il faut gratter fortement pour y bien réussir. Abandonnant alors la rugine, nous pratiquons à l'aide d'une spatule mousse le décol-

lement de la muqueuse ainsi amorcée sur toute la *convexité* de la déviation.

c)* *Réséction préparatoire du cartilage.* — Toujours sur l'index servant de protecteur et de point d'appui, nous réséquons maintenant au bistouri, tout à fait à la partie antérieure, de haut en bas, un long rectangle de cartilage en évitant de léser la muqueuse du côté opposé.

Dans la généralité des cas nous laissons intact le bord antéro-inférieur du cartilage ; cependant nous n'hésitons pas à en faire

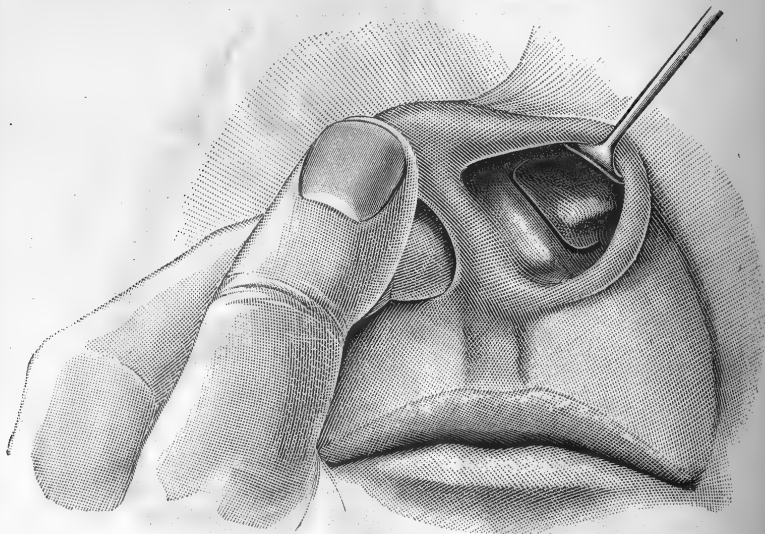


FIG. 1.

la suppression quand il y a en même temps saillie considérable de ce cartilage (subluxation). Cette résection du cartilage subluxé se fait facilement en tordant le nez par le lobule du côté opposé :

d) *Libération de la face concave.* — Par la brèche résultant de cette exérèse, nous introduisons le « décollateur » qui va détacher la muqueuse ou toute l'étendue de la *concavité* de la déviation.

Une remarque importante, au sujet du décollement, est de bien s'insinuer entre le périchondre et le cartilage ; si on se fourvoie entre le périchondre et la muqueuse on ne décolle plus, on déchire. En outre quand on fait le décollement de la face concave, il est prudent de suivre au spéculum la marche sous-muqueuse du décollateur.

2° ÉCARTEMENT DES DEUX FIBRO-MUQUEUSES DÉCOLLÉES. — Nous nous sommes servi au début de simples écarteurs formés d'une lame mince coudée à angle droit et tenus par un aide. Leur emploi n'était guère commode. Tantôt l'aide écartait trop, tantôt il n'écartait pas assez. L'idée qu'a eu Killian d'utiliser comme écarteur son spéculum pour la rhinoscopie médiane est une idée

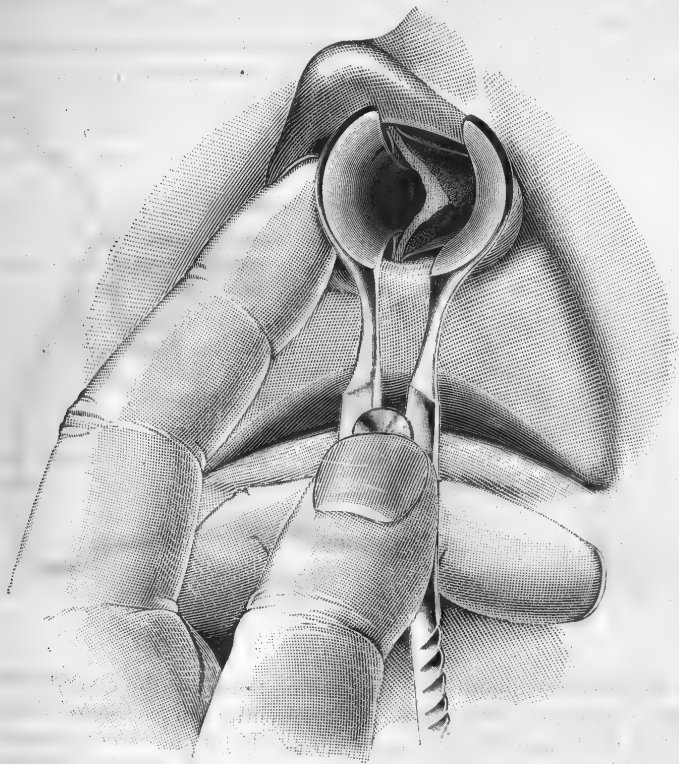


FIG. 2.

particulièrement heureuse. Nous avons pu nous rendre compte que l'emploi de ce spéculum à valves plates et longues (nous en avons deux modèles, l'un de 5 cent., l'autre de 7 cent. 1/2) facilite beaucoup l'opération en éloignant l'un de l'autre les deux lambeaux muqueux conservés, le droit et le gauche, en donnant un large accès sur ce qu'il faut réséquer (quand la déviation est très prononcée, il est plus facile d'articuler une valve après l'autre et d'articuler ensuite comme un forceps). Le spéculum

écarteur en place et tenu de la main gauche, le cartilage apparaît dans toute sa hauteur et sa profondeur (fig. 2); il ne reste plus qu'à en pratiquer la résection.

3° RÉSECTION DE TOUTE LA PORTION DIVISÉE DU SEPTUM. — Elle varie d'étendue selon les cas.

a) *Résection cartilagineuse.* — On peut se servir de ciseaux; on donne un premier coup en haut bien parallèlement, au dos du nez, le long du bord antéro-supérieur du cartilage, un autre coup de ciseau en bas le long du bord vomérien; le volet cartilagineux ainsi formé est extrait par tension et arrachement à l'aide d'une pince plate; celle de Luc est excellente. A l'aide d'une pince emporte-pièce de Hartmann, on résèque les morceaux de cartilage épargnés.

Il faut cependant reconnaître que quelquefois la manœuvre des ciseaux est difficile dans l'étroit espace qui sépare les deux muqueuses; aussi lui avons-nous substitué un septotome spécial qui n'est en somme qu'un ciseau de Bresgen plus étroit et qui permet de mieux raser l'insertion vomérienne du cartilage souvent très résistante et se laissant difficilement sectionner avec des ciseaux à deux branches.

b) *Résection osseuse.* — L'intervention le plus souvent ne peut s'arrêter là, car les malformations peuvent atteindre une partie du vomer ou de la lame perpendiculaire. A ce moment interviennent deux nouveaux instruments: une longue pince coupante (nous utilisons le modèle Jansen-Middleton) qui permet d'agir très profondément et une gouge coudée qui sert surtout à abattre l'extrémité antérieure du vomer; le chirurgien dont la main gauche tient l'écarteur met avec l'autre main la gouge en place et fait frapper sur elle par son aide. On ne doit se déclarer satisfait que lorsque les deux muqueuses étant réappliquées l'une contre l'autre, la perméabilité nasale paraît suffisante: le cornet moyen doit se trouver bien dégagé, on doit voir le pharynx nasal.

4° SUTURES ET SOINS CONSÉCUTIFS. — La suture des lèvres de l'incision n'est pas utile; la cicatrisation se fait fort bien si les bords sont bien coaptés. On diminue ainsi la durée de l'opération; on évite aussi la déchirure fréquente de la muqueuse. La suture n'est en somme indiquée que lorsqu'on a fait une perforation.

Dans la fosse nasale qui a servi de voie d'accès pour l'intervention, nous plaçons un tampon de coton allongé que nous changeons au bout de vingt-quatre heures. Nous laissons libre l'autre fosse nasale.

La durée de l'opération suivant les cas peut varier entre vingt minutes et deux heures. L'opération terminée, nous donnons un cordial au malade et le laissons vingt minutes en position allongée avant de l'autoriser à partir.

Les soins consécutifs n'existent pas à vrai dire. Le malade peut souvent reprendre ses occupations dès le surlendemain. Au bout de quarante-huit heures, on ne met plus de coton dans le nez ; il suffit de protéger la plaie avec un peu de stérésol ou d'aristol.

La guérison survient tout naturellement, sans formation de croûtes ou avec quelques croûtes insignifiantes. Elle est généralement complète au bout de dix à quinze jours.

II. RÉSULTATS. — Nous devons considérer les résultats à plusieurs points de vue :

1° *Au point de vue fonctionnel.* — Ils sont généralement fort bons et la perméabilité nasale est rétablie. Il est naturel de penser que ce résultat doit se maintenir : le cartilage, s'il continue à « pousser » trouvant de la place pour se loger, ne saurait déterminer une nouvelle incurvation de la cloison, comme cela se voit quelquefois dans les procédés où la déviation a été simplement corrigée ou déplacée.

Nous devons dire cependant que, dans deux ou trois cas, les résultats ont trompé notre attente. Il s'agissait pourtant de déviations fort accentuées, allant jusqu'au contact du cornet inférieur ; la résection fut faite aussi large et aussi complète que possible. Aussitôt après l'opération, on avait même l'impression que la respiration nasale s'effectuerait largement. Il n'en fut rien et cela par suite de l'atrophie du cartilage de l'ailé du nez qui s'affaissait au moment de l'inspiration. D'où nous concluons que, contrairement aux idées courantes, il y a utilité à opérer le plus tôt possible si la gêne nasale est notable et avant d'avoir laissé se produire une atrophie des cartilages alaires. Nous avons opéré pas mal d'enfants, quelques-uns même au-dessous de dix ans, nous n'avons eu qu'à nous en louer.

2° *Au point de vue esthétique.* — Le malade sans doute demande à respirer, mais il demande avec autant et souvent plus d'insistance à voir disparaître sa défiguration quand elle existe. Or, s'il est évident que cette opération ne saurait avoir aucune action sur les défigurations relevant de lésions osseuses considérables (os du nez), il n'en est pas moins certain qu'elle paraît avoir une action satisfaisante quand la défiguration est due à des déviations cartilagineuses : c'est ainsi que nous avons vu disparaître ou à peu près les *bosses nasales* formant une saillie disgracieuse sur un côté du nez. *La scoliose du dos du*

nez avec déviation latérale du lobule s'améliore très souvent d'une façon fort satisfaisante ; quelquefois même le résultat est parfait. Elle l'a été surtout chez nos derniers opérés. Chez eux en effet, nous avons, le long du bord antéro-supérieur du cartilage (qu'on s'attache généralement à respecter par crainte d'affaissement ultérieur du dos du nez), fait deux ou trois incisions allant presque jusque sous la peau du nez ; au besoin même nous avons réséqué en avant un petit coin vertical de cartilage. De cette façon, il nous a été possible de remettre en bonne position cette lame élastique qui, trop longue, déformée elle-même, faisait encore office de ressort et pouvait suffire à maintenir la déformation. Dans ces cas seulement, nous avons, à l'aide d'une bande de gaze fortement tendue entre le lobule et la joue et fixé au collodion, maintenu le nez en bonne attitude pendant une douzaine de jours.

VI. — PHONÉTIQUE

I

SUR UN QUATRIÈME RÉGISTRE MUSICAL DE LA VOIX CHEZ DES JEUNES FILLES DANS L'ÂGE DE PUBERTÉ

Contribution à l'étude de la question des registres

Par le professeur **Theodor S. FLATAU** (de Berlin). •

Si l'on parcourt avec attention la bibliographie existant aujourd'hui sur la question des registres de la voix, en tenant compte des littératures médico-physiologique et mélo-pédagogique, il se dégage aussitôt de cette étude avec netteté qu'ici, comme partout ailleurs, la certitude des suppositions et la passion du dogmatisme pédagogique et méthodologique sur cette question se trouvent en contradiction flagrante avec les données de faits réellement établis.

Il sera par conséquent nécessaire, dans une question si compliquée qu'est celle de la formation des registres vocaux, de se mettre au point d'un observateur naïf et de collectionner des observations utiles.

Mais pour éviter des malentendus, il faut avant tout éclaircir quelques points douteux.

J'attire votre attention d'abord sur le contraste qui saute aux yeux quand on compare les données des graphiques laryngologiques et celles obtenues par l'analyse acoustico-musicale.

Ne soyons pas ingrats et constatons avec reconnaissance que plusieurs de nos collègues ont réussi à représenter un graphique de deux formes de vibrations différentes. Nul laryngologiste ne pourra ne pas être satisfait des photogrammes si parfaits de Musehold; mais ce serait déshonorer les auteurs de pareils travaux que d'en conclure — la littérature médicale et aussi la littérature mélo-pédagogique tombent souvent dans cette erreur — que leurs registres sont les seuls véridiques. Cette manière de voir devient même dangereuse car des maîtres « érudits » dans la phonétique la poussent à l'excès.

A côté d'un système basé seulement sur des données optiques, il y en a un qui est fondé sur le registre musical. Ce système,

lui aussi, s'est débarrassé de son pédantisme embrouillé et chancelant d'hier et est devenu une méthode plus nette, plus libre et moins autoritaire.

Des raisons d'ordre différent m'engagent à commencer par étudier la voix féminine. Une de ces raisons est qu'on ne peut se contenter de définir ici la « voix de poitrine » et la « voix de fausset » dans les conditions où ces voix se présentent; il faut au contraire étudier avec prudence, et sans parti pris tous les phénomènes qui s'offrent à l'observateur.

Comment faut-il s'y prendre pour éviter des erreurs à l'occasion de pareilles observations? Ceci devrait être l'objet d'une autre communication. Mais pour le spécialiste il suffira de lire l'étude expérimentale sur la « physiologie de la voix chantée », que j'ai faite, avec Gutzmann, pour être suffisamment documenté sur cette question. Il apprendra ainsi comment on peut l'étudier expérimentalement sans provoquer une dissociation fonctionnelle. Le résumé de ladite communication a paru dans cette revue.

Mes travaux de physiologie de la voix m'ont amené à étudier pendant des années un grand nombre d'organes. Grâce à l'autorisation obtenue par le ministère de l'Instruction publique, j'ai pu examiner la voix à différents âges. Les résultats de ces observations, comprenant un nombre considérable de sujets, seront plus tard classés et estimés par nous.

Nous vous signalerons aujourd'hui quelques observations qui nous semblent dignes d'un intérêt universel.

Pour la voix féminine, nous avons trouvé qu'entre la treizième et la quatorzième année, la plus grande partie du graphique de la voix chantée est occupée par un « registre », qu'on voit aujourd'hui souvent dénommé voix moyenne. Je voudrais qu'on l'appelle plutôt voix *principale*; elle représente le capital principal et primitif de l'organe, elle existe directement; la position des lèvres vocales qui lui est propre et qui est suffisamment connue, ainsi que son timbre qui est étroitement lié à la voix parlée, sont très faciles à différencier et à établir.

Voix « moyenne » exprime trop, et pas assez, aussi longtemps que la question de registre ne sera pas résolue. D'autre part, il est possible que ce registre « principal » soit tout d'abord celui qui existe seul et, primitivement, ni la voix de « poitrine », ni la voix de « fausset » ne peuvent être produites.

Mais il est sûr, dès aujourd'hui, que le registre principal du sexe féminin chez des enfants, dudit âge diffère complètement du registre de « poitrine » qui se trouve au-dessous de lui et dont les caractères correspondent en tout avec le registre prin-

cipal de l'homme. En revanche, mes doutes n'ont fait qu'augmenter en ce qui concerne l'identification de ce registre avec celui qui se trouve au-dessus du registre principal de l'homme et qui est dénommé dans tous les livres laryngologiques, voix de fausset. Pour la plupart des cas qui ont été examinés dans ce sens-là, voici ce qui a pu être établi :

Les images laryngoscopiques de la voix principale de la femme dans l'âge de neuf à treize ans n'ont pas été pareilles à celles de la voix de fausset de l'homme. Dans la plupart de mes cas, il se montre, dans les parties plus profondes de la voix principale, les mêmes phénomènes qu'on trouve dans le registre principal de l'homme, c'est-à-dire des lèvres vocales à vibrations larges et rondes et la fente glottique vocale mince. De même il n'y a pas de formation différente pour des sons plus aigus, c'est-à-dire les lèvres vocales ne s'aplatissent pas et la fente glottique ne s'élargit pas non plus ; au contraire, on observe que les lèvres s'allongent et s'amincissent progressivement, et cet amincissement s'accroît au fur et à mesure que le son devient plus aigu. Dans ces recherches, tous les cas ont été éliminés qui présentaient des anomalies, quelle que soit leur forme, pouvant influencer sur la fermeture normale de la glotte au moment de la phonation. Et ces cas, présentant ces anomalies de toutes sortes, ne sont point rares.

En revanche, un pourcentage très peu élevé des enfants examinés jusqu'ici a présenté au-dessus de ce registre principal un autre registre, dont les particularités acoustico-musicales ont amené les pédagogistes musicaux à lui donner le nom de voix de tête. A cette occasion j'ai trouvé — de même que chez des artistes lyriques adultes — non plus la position du fausset, mais sans exception ceci : à côté d'une tension plus élevée dans le sens longitudinal, il y a un amincissement progressif des lèvres vocales qui augmente avec l'élévation de l'acuité du son, en même temps que leurs couches musculaires s'appliquent étroitement l'une contre l'autre, de sorte que la fente glottique finit par être excessivement étroite. J'étais frappé en même temps de voir les bords latéraux des bandes ventriculaires devenir plus nets ; leur inclinaison s'approchait latéralement, de manière assez régulière, presque en ligne droite, de sorte qu'elle semblait prendre progressivement part dans l'amincissement des lèvres vocales.

Dans 5 % environ des enfants examinés, nous avons fait encore une autre observation frappante : au-dessus de ce troisième registre caractéristique résonna un quatrième registre. Les sons de ce quatrième registre différaient très sensiblement

des sons des registres voisins. Ils ressemblaient aux sons aigus d'un instrument à vent en bois; dans plusieurs cas ils avaient plutôt un timbre métallique.

Voici un exemple de la disposition dans l'étendue :

→ mouvement ascendant $d\ e\ fis\ gis\ a\ h\ cis\ d''\ e''\ fis'\ gis'$

registre de poitrine registre

$a'\ h'\ cis''\ d''\ e''\ fis''\ gis''\ a''\ h''\ cis'''\ d''' e''' fis''' gis''' a'''$

principal voix de tête quatrième registre

C'est un fait connu que les points de transitions pour les mouvements descendants se disloquent dans le sens descendant au profit des registres supérieurs. Mais nous n'allons pas insister davantage sur ce point.

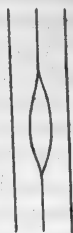
Seulement chez deux des enfants présentant ce quatrième registre, l'examen laryngoscopique a pu être exécuté avec succès; il va sans dire qu'il a été essayé chez tous les enfants. Seulement la laryngoscopie a été rendue plus difficile à cause d'un fait constaté par nous à chaque examen, c'est que l'épiglotte se dressait en arrière et cela d'une manière si accusée que tout examen du larynx devint impossible. Cette position de l'épiglotte ne me paraît pas un phénomène accidentel, mais au contraire due à un mouvement nécessaire pour la production de ce registre si haut; c'est, me semble-t-il, un moyen d'assurer aux rayons acoustiques venant de l'organe de phonation une direction déterminée vers les parties postéro-supérieures du pharynx. Il a donc été, dans la plupart de ces expériences, impossible de déterminer par l'examen laryngoscopique le quatrième registre.

Dans un de ces deux cas où nous avons (après des exercices appropriés) réussi à saisir d'un coup d'œil le mécanisme de ce registre caractéristique, la glotte présentait la forme assez singulière que voici :

La glotte était complètement fermée dans sa partie antérieure ainsi que dans la partie cartilagineuse; seulement dans le quart postérieur de la partie membraneuse, il existait une ouverture relativement large, mais pas longue, de sorte que la figure de la fente dans son ensemble ressemblait à un fuseau mince. Les lèvres vocales elles-mêmes étaient minces et tendues dans le sens de leur longueur et leurs parties latérales se présentaient à découvert des bandes ventriculaires.

En considérant cette position singulière de la fente glottique, on comprend que cette étroitesse — par laquelle des parties latérales très courtes des bords libres des lèvres vocales peuvent être mises en vibration — présente une analogie avec cer-

taines positions de nos lèvres orales, telles que nous les formons pour le sifflement. Une position semblable de lèvres s'observe en outre chez les joueurs de cor soufflant dans leurs instruments. Relatons, à cette occasion, une observation s'y rapportant, que je dois à un de nos ténors les plus connus. Ce monsieur pouvait produire avec ses lèvres vocales un sifflement très distinct, — un son qu'on confondrait avec le sifflement glosso-labial si l'on ne suivait pas des yeux l'acte lui-même. J'ai pu même observer par le laryngoscope ce phénomène et j'ai constaté que les lèvres vocales prenaient une figure fusiforme.



Le second cas se présentait sous une image un peu différente; ici la glotte se fermait dans les trois quarts antérieurs et la petite ouverture se trouvait déplacée en arrière, présentant une forme triangulaire très nette. J'ai pu en outre constater qu'avec l'élévation du son la partie fermée s'allongeait et que les bandes ventriculaires se rapprochaient entre elles par leurs bords médians.



Ces observations — obtenues par-ci, par-là, sous formes semblables et sans doute relatées aussi par d'autres — ne permettent pas qu'on attribue ces phénomènes au fausset. Car les sons en question résonnaient dans tous les cas observés par moi au-dessus de la voix de tête et différaient de celle-ci même acoustiquement, d'une manière des plus nettes. De plus, il est intéressant que des positions des lèvres vocales, si différentes entre elles, aient été observées dans les deux cas cités plus haut et cela pour ces quatrièmes registres, si semblables les uns aux autres, et chez des sujets du même âge et du même sexe.

Nous sommes d'accord que c'est dans un but identique et dans des conditions de vibration pareilles que s'accomplissent ces deux positions des lèvres vocales, quoique si différentes. Ceci nous prouve qu'il peut exister une grande variété de figures et de formes de vibration, c'est-à-dire qu'il faut tenir compte d'un nombre plus grand de possibilités et de dispositions individuelles que celui admis jusqu'ici par l'expérience physiologique; et c'est en tenant compte de ces conditions qu'il faut continuer les observations qui s'y rapportent.

Vu ces dispositions bizarres des registres réalisant une quatrième série de sons distinctement différenciés, il est intéressant de tenir en observation la position de l'extrémité supérieure du tube de phonation. C'est ainsi qu'on a pu constater, pour tous

les cas sans exception, que le voile du palais est soulevé *ad maximum* en prenant la forme d'un arc pointu, que les niches sont en même temps très rapprochées du milieu et que la base de la langue se retire en bas et en arrière; ceci donne à cette partie du tube un aspect très caractéristique.

Il est évident que c'est pour former au-dessus de l'isthme glottique un autre isthme dans le pharynx oral. Chez un enfant ayant les tonsilles en état d'hyperplasie excentrique, nous avons, en pareille occasion, pu voir se coller ces organes étroitement l'un contre l'autre. Voici — cela est au moins mon opinion — une autre analogie du sifflement laryngé avec le sifflement de la bouche; là aussi il se forme à l'aide de la langue et du palais un détroit dans la cavité orale, pareil à celui produit par les lèvres.

(Traduction par L. REINHOLD.)

II

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LE

TIMBRE DES VOYELLES NASALES FRANÇAISES

Par **A. ZÜND-BURGUET** (de Paris).

Ancien attaché au laboratoire de phonétique du Collège de France,
Directeur du Gymnase de la voix.

Les principales qualités qu'on reconnaît aux sons du langage en général et aux voyelles en particulier sont le timbre, la hauteur musicale et la durée.

Le timbre ou coloris du son provient essentiellement de la disposition que prennent les organes de la parole pendant l'émission d'un phonème quelconque. C'est en effet de cette disposition que résultent d'une part la forme, d'autre part la dimension des diverses cavités ou résonnateurs dont se compose le canal phonateur proprement dit.

La hauteur musicale des sons est due, au point de vue purement physiologique, directement à la pression atmosphérique sous-glottique, indirectement à la tension des cordes vocales, tandis que la durée dépend du maintien plus ou moins prolongé des dispositions organiques et de la tension musculaire.

Bien que ces trois phénomènes soient très intimement liés entre eux, à tel point même qu'une altération de l'un entraîne presque inévitablement une modification des deux autres, on peut cependant sans trop de difficulté les étudier séparément.

Je me propose d'indiquer ici les méthodes à l'aide desquelles on détermine, d'une façon scientifique, le timbre des voyelles nasales françaises.

Tout d'abord il convient de préciser le sens de l'expression *voyelle nasale*. Il est dit dans les grammaires et plus spécialement dans les traités de phonétique, que le français possède des *voyelles orales* ou *buccales* et des *voyelles nasales*. Si l'on désigne sous le nom de voyelle orale ou buccale une voyelle prenant naissance dans la bouche, le mot voyelle nasale prendra logiquement la signification de voyelle ou son provenant du nez, ce qui fait ressortir immédiatement l'inexactitude de cette classification. En effet, les connaissances les plus élémentaires d'anatomie et surtout de physiologie suffisent pour nous faire comprendre l'impossibilité absolue qu'il y a de produire un son dans le nez.

Je n'insisterai pas sur ce point et ne chercherai pas, non plus, à donner ici une définition de la voyelle. Je me contenterai de faire remarquer que toutes les voyelles, sans exception aucune, proviennent du larynx et de la bouche et ne proviennent jamais, au contraire, du nez. Il s'en suit que toutes les voyelles sont orales ou buccales.

Afin d'accréditer la classification traditionnelle qui, nous venons de le voir, est erronée, on a fait intervenir dans la définition le terme *résonance* et l'on a dit que le français possède des voyelles à résonance orale et d'autres à résonance nasale. Or, puisque toutes les voyelles prennent naissance dans la bouche, elles sont toutes également à résonance orale et la nouvelle terminologie est presque aussi inexacte que l'ancienne, à moins, cependant, qu'on ne réussisse à démontrer la prédominance de la résonance orale chez les unes et la prédominance de la résonance nasale chez les autres, ce qui est absolument impossible dans les cas d'une prononciation normale. La vérité, c'est que le système phonétique français, comme d'ailleurs tout autre système phonétique, comprend uniquement des voyelles orales ou à résonance orale, mais que certaines d'entre elles sont plus ou moins *nasalisées*, c'est-à-dire prononcées avec le concours du résonnateur supérieur, constitué par le pharynx nasal et les fosses nasales. Et si l'on tient à la conservation de ce pléonasme *voyelle orale*, il serait exact, par conséquent, de lui opposer le terme *voyelle nasalisée*.

Rechercher le timbre des voyelles nasales, c'est donc tout simplement déterminer, d'une manière précise, quelles sont les voyelles que l'on émet avec le concours du résonnateur supérieur.

C'est un fait d'observation vulgaire que la résonance nasale se produit par l'abaissement plus ou moins complet du voile du palais, mais ce dont on ne semble pas toujours tenir suffisamment compte, quand on traite de la prononciation des voyelles nasalisées, c'est que, grâce à une disposition spéciale des muscles glosso-pharyngiens, cet abaissement ne se produit jamais sans provoquer un changement assez important dans la disposition de la langue, de la mâchoire inférieure et des lèvres. Je craindrais d'empiéter sur le domaine de la physiologie pure en exposant ici le pourquoi de cette correspondance dans le fonctionnement des organes de la parole, et je me contenterai de la signaler. En ce qui concerne la mâchoire et les lèvres, le fait est facilement saisissable par la comparaison des figures photographiques qui vont suivre.

On peut, en second lieu, prouver que l'abaissement du voile

du palais n'est pas complet pendant l'émission des voyelles nasalisées. Il suffit pour cela de se pincer le nez avec le pouce et l'index pendant la prononciation de ces sons. Si l'abaissement était complet, c'est-à-dire s'il y avait obstruction du passage pharyngo-buccal, tout le souffle sortirait forcément par le nez et en pinçant ce dernier, non seulement on arrêterait l'écoulement de l'air, mais on empêcherait aussi la formation du son, car sans courant d'air il n'y a pas de vibrations sonores des cordes vocales et par conséquent pas de voyelles proprement dites. Or, en faisant cette expérience, on remarquera tout de suite que la fermeture du nez n'empêche nullement la prononciation absolument correcte des voyelles nasalisées. L'expérience peut, du reste, servir à démontrer aussi l'exactitude de ce que j'ai avancé plus haut, à savoir que les voyelles dites à résonance nasales ont à résonance orale au même titre que les autres.

Scientifiquement, le point qui nous intéresse en ce moment peut aisément être mis en évidence par l'application de la méthode

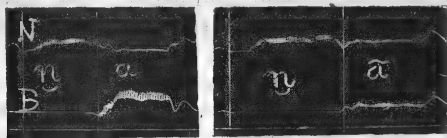


FIG. 1.

La ligne inférieure (B) correspond à l'émission buccale, la ligne supérieure (N) à l'émission nasale du souffle. Les deux syllabes prononcées sont *gna* (premier groupe) et *gnan* (second groupe). Les verticales indiquent le début des phonèmes.

graphique. Voici exactement de quelle manière : on dispose sur le support de l'appareil enregistreur deux tambours à levier reliés l'un à une embouchure, l'autre à une olive nasale. Cette dernière est introduite dans l'une des narines, tandis que l'embouchure est appliquée sur la lèvre inférieure. En prononçant alors des syllabes comme *gna*, *gnan*, dont la première se compose d'une console nasale (*gn*) et d'une voyelle orale (*a*), la seconde d'une consonne nasale (*gn*) et d'une voyelle nasalisée (*an*), on obtient un tracé graphique à double trait. La ligne supérieure de ce tracé (fig. 1, N) correspond à l'émission nasale, la ligne inférieure (fig. 1, B) à l'émission buccale du souffle sonore. Au premier coup d'œil on remarque que la ligne inférieure est entièrement droite à l'endroit de la consonne nasale *gn*, tandis qu'à la même place la ligne supérieure est fortement

sinueuse : le passage pharyngo-buccal ayant été complètement obstrué, le souffle est sorti à travers les fosses nasales.

A l'endroit de la voyelle orale *a* du premier groupe, nous voyons juste le contraire : le voile du palais ayant été soulevé au moment de la prononciation de ce phonème, l'air s'est échappé exclusivement par la bouche. Les émissions nasale et buccale pures se trouvent ainsi nettement caractérisées. Pour la voyelle nasalisée *an*, nous voyons que les deux lignes supérieure et inférieure sont également sinueuses, ce qui prouve clairement que le souffle sonore a été émis simultanément par le nez et par la bouche, ainsi qu'il s'agissait de le démontrer.

En inscrivant, à l'aide du dispositif que je viens de décrire les quatre voyelles nasalisées *an*, *on*, *in*, *un*, les seules qui soient

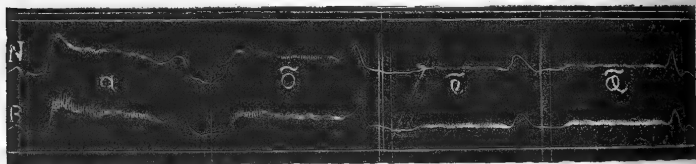


FIG. 2.

La ligne inférieure (B) correspond à l'émission buccale, la ligne supérieure (N) à l'émission nasale du souffle sonore pendant la prononciation des quatre voyelles nasalisées *an*, *on*, *in*, *un*.

usitées dans le système phonétique du français littéraire, nous obtiendrons des tracés à peu près identiques dans tous les cas (fig. 2), ce qui prouve bien que le fait de la double émission, ou pour mieux dire, de la double résonance est constant. Je dis des tracés à *peu près identiques*. En effet, comme cela ressort de la comparaison graphique de la figure 2, les sinuosités de la ligne supérieure (nez) sont légèrement moins amples pour *in* et *un* que pour *an* et *on*. Cela signifie évidemment que la résonance nasale est plus forte dans le second cas que dans le premier. Cette constatation, d'une importance capitale au point de vue de la phonétique historique du français, ne présente qu'un intérêt secondaire au point de vue spécial auquel nous nous plaçons. Ce qui nous importe ici c'est de savoir quelles sont les quatre voyelles orales que l'on nasalise et qu'on représente conventionnellement, la première par *en* et *an*, la seconde par *on* et *om*, la troisième par *in*, *en*, *ain*, *ein*, et enfin la quatrième par *un*.

Cette étude peut se faire d'après deux méthodes différentes

dont l'une est d'ordre physiologique, l'autre, au contraire, d'ordre purement physique. Je ne parlerai ici que de la méthode physiologique d'après laquelle on juge sur le timbre des voyelles par le mode d'articulation, c'est-à-dire par la forme et la dimension du résonateur buccal.

Le procédé le plus simple, sinon le plus sûr peut-être, consiste en l'emploi du palais artificiel. Ce petit appareil, inventé par M. Hagelin de Stockholm, nous permet de reconnaître la position de la langue pour chaque émission vocale. M. l'abbé Rousselot s'en est servi pour étudier les articulations parisiennes. Cet auteur constate, d'après les tracés ainsi obtenus, que la voyelle fondamentale de la nasale *an* ne correspond à aucun des *a* que l'on rencontre dans la prononciation habituelle des Pari-

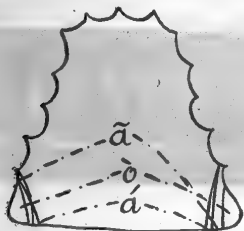


FIG. 3.

L'espace derrière les traits indique l'endroit où la langue a touché au palais pendant la prononciation des voyelles figurées.

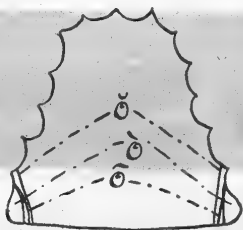


FIG. 4.

siens. Celui dont elle se rapproche le plus, dit-il, c'est l'*a* fermé. » L'*an* est une voyelle intermédiaire entre l'*a* fermé de *pâte* et l'*o* ouvert de *or*.

La voyelle fondamentale de *on*, toujours d'après M. Rousselot, ne peut être identifiée exactement ni avec *o* ouvert de *or*, ni avec *o* moyen de *poli*. « L'*on* est donc intermédiaire entre *o* ouvert et *o* moyen, plus près de *o* ouvert. »

L'*in* « est voisin de l'*e* ouvert (*fête*) mais ne se confond pas avec lui; il se rapproche de l'*a* et ressemble aussi à un *æ* délabialisé. C'est donc une voyelle intermédiaire entre *a* et *e* nasalisée. »

La voyelle fondamentale de la nasale *un* doit, d'après M. Rousselot, être rapprochée de l'*æ* très ouvert, c'est-à-dire plus ouvert que dans le mot *leur* par exemple.

J'ai refait les mêmes expériences avec un certain nombre de Parisiens appartenant à des classes variées de la société. Les conclusions, auxquelles je suis arrivé par la comparaison des tra-

cés obtenus, concordent assez bien avec celles formulées par M. Rousselot, comme cela se voit d'après les figures 3, 4, 5, 6, 7. La seule différence que j'ai à noter concerne la voyelle nasalisée *on* dont la voyelle fondamentale est, dans la grande majorité des cas, un *o* très ouvert et non pas un son intermédiaire entre *o* ouvert et *o* moyen.

Le palais artificiel ne nous fait connaître que les positions diverses de la langue. Il nous renseigne d'une façon peu précise sur l'écartement des mâchoires et point du tout sur la part que prennent les lèvres dans l'émission des sons du langage. Aussi les résultats obtenus à l'aide de cet appareil ont-ils

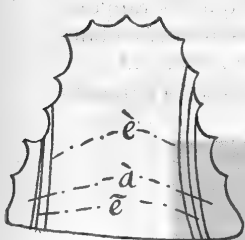


FIG. 5.

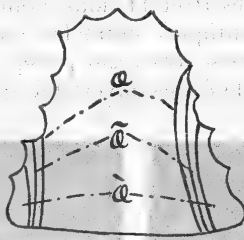


FIG. 6.

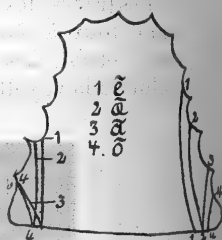


FIG. 7.

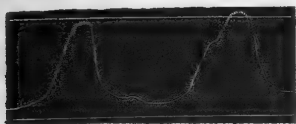
Voir la légende des figures 3 et 4.

besoin d'être à la fois contrôlés et complétés. Cela peut se faire d'une manière exacte par la méthode graphique proprement dite.

Si, pendant l'émission des différentes voyelles orales ou nasalisées, nous plaçons sur la langue, à l'endroit de l'articulation, une ampoule en caoutchouc, que nous aurons préalablement reliée à un tambour à levier, nous pourrons, d'après le déplacement du levier, c'est-à-dire d'après l'amplitude de la courbe décrite par ce dernier, tirer des conclusions sur le degré d'élévation de la langue vers le palais et indirectement sur l'écartement des deux mâchoires.

Si nous jetons un coup d'œil sur les tracés des figures 8, 9, 10 et 11, qui ont été produits par un Parisien, M. Porte, à l'aide du dispositif que je viens d'indiquer, nous verrons que l'élévation de la partie postérieure de la langue est légèrement plus accentuée pour *an* (fig. 8, à) que pour l'*a* fermé du mot *passé* (fig. 8, â), tandis qu'elle est un peu moindre pour *on* (fig. 9, ô) que pour l'*o* ouvert de *poche* (fig. 9, ô). La voyelle fondamentale de *an* peut donc se confondre avec celle de *on*, tout au moins en ce qui

concerne la position de la langue. La différence entre les deux voyelles réside, comme nous le verrons plus loin, dans la position des lèvres.



à FIG. 8. à

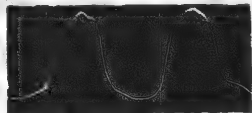


ô FIG. 9. ô

Les tracés des figures 10 et 11 nous montrent que les rapports sont tout à fait identiques entre les voyelles fondamentales de *in* et *un*. Ces tracés se couvrent presque complètement avec celui de la voyelle orale *ê* très ouvert tel qu'on peut l'entendre



ê FIG. 10. ê



è FIG. 11. è

dans la prononciation exagérément emphatique de certaines personnes qui disent *même* pour *même*, ou *tête* pour *tête*, etc. Comme pour *an* et *on* la différence entre *in* et *un* est due bien plus à la position des lèvres qu'à celle de la langue. Ces rapprochements expliquent assez bien les transformations de *an* en *on* et de *un* en *in*.

(A suivre).

VII. — PÉDAGOGIE DE LA SURDI-MUTITE

ÉDUCATION FAMILIALE DU JEUNE SOURD-MUET

Par **E. DROUOT** (de Paris),
Professeur de sourds-muets.

Le médecin ayant diagnostiqué chez un jeune enfant la surdi-mutité incurable, congénitale ou acquise, on conçoit sans peine l'extrême embarras où se trouvent les parents une fois qu'est dissipée la consternation produite par l'annonce de la terrible infirmité. Non seulement leur enfant n'entend pas, mais il ne parlera point. Alors, de quelle manière fera-t-il connaître ses besoins ? Comment communiquera-t-on avec lui ? Qu'adviendra-t-il de ce petit malheureux si en dehors des conditions normales ? Sera-t-il possible de l'éduquer, de l'instruire ? Qui s'en chargera ? Où trouver des écoles et des maîtres ? Enfin, dès cette heure, que peut-on faire d'utile pour lui ?

Ce sont là autant de questions angoissantes que les infortunés parents, justement soucieux de l'avenir de leur malheureux enfant, ne manquent jamais de se poser et d'adresser autour d'eux. Mais, la plupart du temps, elles restent sans réponse, car il est rare qu'une personne assez au courant des choses de la surdi-mutité se trouve pour fournir tous les renseignements désirés et toutes les indications nécessaires. Peut-être, s'ils l'ignorent, car c'est une chose encore fort mal connue du grand public, apprendront-ils que les sourds-muets peuvent être instruits, et qu'il existe des écoles spéciales où ces infirmes reçoivent des soins et une instruction appropriés à leur état. On leur citera même tel sourd-muet du voisinage qui a reçu une certaine éducation. Et ce sera tout. Ce peu, qui pourra calmer l'inquiétude des parents et les consoler dans une certaine mesure, est bien insuffisant si l'on envisage les besoins immédiats et pressants du petit infirme.

Lamennais a dit que l'influence de la première éducation s'exerce sur la vie entière. Or, s'il est vrai que l'éducation familiale joue, dans la formation de la personnalité morale, intellectuelle et même physique de l'enfant normal, un rôle si grand qu'on retrouve parfois chez l'homme adulte l'empreinte ineffaçable laissée par la famille et plus spécialement par la mère dont

l'influence se fait surtout sentir, combien ce rôle est plus important encore lorsqu'il s'agit du sourd-muet, de cet être si disgracié qui resterait toute sa vie, s'il était abandonné à ses seules forces, une sorte d'animal n'ayant d'humain que le corps. Plus qu'aucun autre il a besoin de l'aide d'autrui pour que toutes ses facultés se développent, pour devenir un homme pensant et raisonnable, capable, dans la suite, de pourvoir seul à son entretien.

L'influence qu'exerce la première éducation sur les enfants atteints de surdi-mutité est si manifeste que le jour de leur arrivée à l'école spéciale, on reconnaît immédiatement ceux d'entre eux qui ont été l'objet de soins particuliers durant leur enfance : leur mine est plus éveillée et leur regard plus intelligent ; ils n'ont pas l'air effaré, inquiet du petit infirme qui a vécu, jusqu'alors, dans l'abandon et l'isolement. Ils savent voir et obéir, leur bagage intellectuel est plus important, et, dès le lendemain même, ils peuvent recevoir l'enseignement avec fruit, alors qu'aux autres une période de préparation et d'entraînement plus ou moins longue est nécessaire. C'est ainsi que, d'une manière générale, les petits citadins, les Parisiens en particulier, sont plus ouverts, plus délurés que leurs camarades venant de la campagne, de la Bretagne surtout où l'éducation est fort négligée. Cette supériorité qu'ils conservent souvent dans la suite, est due à ce fait, qu'à la ville l'enfant est moins isolé et voit beaucoup plus de choses qu'au village. Ainsi qu'il arrive fréquemment, si le petit sourd-muet appartient à une famille de journaliers ou de pauvres cultivateurs, il vit dans un abandon presque complet jusqu'au jour de son admission dans une école spéciale, où il n'entre guère, d'ailleurs avant sa neuvième année. Son infirmité, une fois reconnue, ses parents, dans leur ignorance, se croient quittes envers lui quand ils l'ont nourri et vêtu ; l'infirme passe ses journées seul, abandonné à lui-même, à moins qu'il ne les emploie à vagabonder. Dans l'un et l'autre cas, le développement de son intelligence est presque nul, ses facultés, à demeurer dans une inaction aussi prolongée, perdent en partie leurs qualités les plus précieuses, entre autres la spontanéité et la vigueur qui permettent au petit entendant d'apprendre tant de choses en peu de temps et sans fatigue aucune. La mémoire elle-même souffre de cette situation anormale, car elle s'exerce assez rarement et dans un ordre d'idées spécial peu propre à son complet développement, attendu qu'elle n'a guère, en fait de matériaux, que les seules images visuelles. Le jugement a peu d'occasions d'entrer en jeu, le petit sourd-muet n'ayant à sa disposition qu'un nombre fort restreint d'idées, sans

lien entre elles et dont beaucoup sont fausses. Le genre de vie que mène le petit sourd-muet a le plus souvent l'inconvénient de faire naître chez lui un amour excessif de l'indépendance, l'apathie, la mollesse, la paresse même, autant de défauts qui ne contribueront que trop, dans la suite, à rendre son éducation et son instruction plus pénibles. Et combien le mal est plus grave si l'infirmes vient à fréquenter de mauvaises compagnies où il prend les plus détestables habitudes et les vices les plus honteux ! Ce n'est plus seulement une intelligence compromise, c'est peut-être une conscience à jamais faussée.

Ajoutons qu'il n'est pas toujours possible de réparer les dommages causés par une éducation familiale négligée ou défectueuse. Pour que cette éducation portât tous ses fruits, il faudrait qu'une personne autorisée pût donner des conseils aux parents en temps utile. L'instituteur primaire pourrait, à notre avis, remplir ce rôle s'il y était préparé dès l'école normale. Une ou deux conférences sur les anormaux le mettraient en état de rendre d'inappréciables services. A moins que les parents ayant un enfant infirmes — sourd-muet, aveugle ou autre — ne fussent tenus dans son intérêt et dans le leur propre d'en faire la déclaration à l'administration compétente qui leur ferait parvenir, dans le plus bref délai, des instructions sur ce qu'il convient de faire en pareille circonstance. Est-ce trop demander quand des injonctions précises sont adressées aux intéressés en cas d'épizootie ! Les infirmes ne sont pas moins dignes d'intérêt que les animaux domestiques !

Mais ce sont là des desiderata que l'avenir se chargera sans doute de réaliser ; pour l'instant, il n'existe rien de semblable. En attendant que cette lacune soit comblée, le médecin qui a diagnostiqué le mal, s'il ne peut le guérir, pourrait du moins rendre un signalé service à son jeune malade en ajoutant à sa consultation de sages conseils qui seraient certainement suivis et produiraient d'heureux effets. C'est d'ailleurs ce que font bon nombre de médecins qui se croient moralement tenus d'agir ainsi.

Examinons ce que l'on peut faire pour atténuer dans la mesure du possible les funestes conséquences de l'infirmité.

Dans le cas de surdité acquise, si l'enfant parle déjà couramment à l'époque où le mal survient, il faut prendre, toutes les fois que l'état du jeune malade le permet, des mesures énergiques pour éviter qu'il ne désapprenne la parole, l'obliger à parler sans cesse, à demander verbalement tout ce dont il a besoin et ne lui accorder satisfaction qu'autant qu'il l'a fait

d'une manière convenable ; continuer à lui parler comme s'il entendait encore, en ayant soin d'articuler lentement, d'une façon très nette, en exagérant même quelque peu les mouvements de l'organe vocal afin de l'amener le plus tôt possible à lire la parole sur les lèvres. Pour que les progrès soient plus rapides, on peut faire des exercices spéciaux de lecture labiale, en répétant jusqu'à ce que l'enfant les reconnaisse des voyelles isolées : *a, o, ou...*, des syllabes : *pa, to, cou, af, pat, ato*, etc..., les noms des membres de la famille, des noms de choses ou d'objets usuels, des ordres, etc... Si l'enfant est déjà quelque peu familiarisé avec la lecture et l'écriture, le succès de l'entreprise est presque assuré, il parlera pour exprimer ses pensées et on pourra communiquer avec lui par l'écriture en attendant qu'il soit en état de lire sur les lèvres. Il faut donc que le jeune sourd lise beaucoup, à haute voix, lentement, en articulant bien pour éviter les déformations de sons qui ne manquent jamais de se produire en pareil cas, même lorsqu'il s'agit de personnes adultes. Il puisera dans ses lectures les connaissances que son infirmité ne lui permet plus d'acquérir par le commerce avec les entendants, et son intelligence se développera d'une manière normale. Si son ouïe n'est pas entièrement éteinte, il faut utiliser ce qu'il en reste et le cultiver même par des exercices spéciaux. Combien d'enfants frappés de surdité vers leur sixième ou septième année sont devenus de véritables et authentiques sourds-muets, alors qu'avec un peu de soins on fût parvenu à leur conserver le langage acquis ! (A suivre).

VIII. — RECHERCHES HISTORIQUES

LE TRAITÉ DES ANGINES DE LASÈGUE

(Suite)

Par **G. CHAUVÉAU**

IV. — ANGINES CATARRHALES

Le groupe toujours un peu confus des angines catarrhales, terme sous lequel se dissimulent des affections si dissemblables par leur pathogénie, telles qu'angines érythémateuses diffuses à localisations très superficielles, d'origine mal déterminée, angines grippales, angines septiques à caractère très bénin¹ (staphylocoques, streptocoques, etc.), était bien plus vague encore du temps de Lasègue. Bien que Borsieri en eût laissé, au point de vue clinique, une magistrale description, toutes les obscurités n'avaient pas été dissipées ; aussi Lasègue reste-t-il très hésitant, très sceptique. « Les affections de l'arrière-gorge auxquelles s'applique la dénomination de phlegmasies catarrhales, se présentent avec des caractères trop indécis et sous des formes trop variées, pour qu'il soit possible d'en généraliser la description. Lorsqu'au lieu de se contenter d'une vue d'ensemble, on essaye de les subdiviser en espèces, on éprouve de grandes difficultés. Quelques-unes de ces phlegmasies ont été l'objet d'études spéciales ; mais les observateurs, limitant arbitrairement le champ de leurs recherches, n'ont souvent établi que des types artificiels ou contestables. On peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, qu'à ce point de vue, presque tout est à refaire ». Lui-même n'est point assuré de faire œuvre complète et définitive. « La nouveauté du sujet servira d'excuse à ce qu'ont d'insuffisant et d'incomplet les notions qui vont suivre ». Il se rattache à l'opinion de ceux qui insistent sur le caractère superficiel des lésions. L'angine catarrhale n'intéresserait que l'élément sécrétoire et serait caractérisée en outre par une hyperémie phlegmasique plus ou moins accusée de la muqueuse. « On élimine ainsi de

1. Le terrain doit naturellement être invoqué, tout autant que la nature des microbes et leur virulence variable ; ce qui complique singulièrement la question.

cette classe, déjà trop compréhensive, les phlegmasies qui ont pour conséquences des altérations profondes, de nature à désorganiser les tissus ou à donner naissance à des produits pathologiques de nouvelle formation et plus ou moins durables ». Les perturbations des fonctions glandulaires lui semblent tellement importantes qu'il refuse d'englober dans les pharyngites catarrhales celles qui restent presque exclusivement congestives. « J'en sépare également, quoique avec certaines réserves, les angines inflammatoires qui ont été l'objet de descriptions isolées et qui, n'exerçant sur les sécrétions qu'une influence secondaire, envahissent la totalité du tissu et semblent se comporter à la gorge comme elles feraient si elles occupaient des membranes d'une texture toute différente ». Cette distinction, vraie en principe, ne tient pas cependant assez compte de ce fait, que les perturbations circulatoires constituent le phénomène primitif de toute phlegmasie, et que dans certains cas, l'inflammation en reste à ce stade du début.

C'est peut-être dans les variétés de pharyngites superficielles érythémateuses sécrétoires que la répartition des phlegmasies gutturales en aiguës ou chroniques marque le plus son insuffisance et son caractère arbitraire, lorsqu'on veut tenir compte de tous les faits cliniques qui peuvent se présenter à l'observation. Lasègue le fait remarquer dans la phrase suivante : « Les inflammations catarrhales se subdivisent en aiguës ou chroniques, et comme cette division consacrée est trop rigoureuse pour s'adapter à tous les cas, on admet le type intermédiaire des inflammations subaiguës ». Quelques mots seulement sont accordés à la forme aiguë ; Lasègue s'en excuse en alléguant l'insignifiance des phénomènes et le pronostic extrêmement bénin, à moins que le processus morbide « ne se propage aux organes voisins ». Les déterminations morbides pharyngées ne représentent alors « qu'un des stades de la maladie plus étendue, à laquelle elles se rapportent ». L'auteur fait entrer un peu arbitrairement le type subaigu dans la forme chronique, bien que certaines phlegmasies catarrhales traînassantes, durant parfois plusieurs semaines, ainsi que les prédécesseurs de Lasègue en ont rapporté des cas (Tardieu, Roche, etc.), finissent très bien par disparaître totalement, tout comme le ferait une phlegmasie catarrhale aiguë, et cela sans récurrence. Mais, généralement, l'assertion suivante reste parfaitement exacte. « Les formes subaiguës rentrent de plein droit dans le cadre des angines chroniques. Il est d'expérience que les catarrhes gutturaux, même les plus longs et les plus passifs, sont sujets à de fréquentes exacerbations. Ils oscillent ainsi entre

la chronicité vraie et une acuité incomplète qui aggrave momentanément les accidents sans changer la nature de l'angine ». Depuis la célèbre clinique de Chomel, les angines chroniques, granuleuses ou non, avaient fait l'objet de bien des travaux, notamment de la part de Guéneau de Mussy. Néanmoins ces écrivains avaient trop de tendance à négliger, à l'exemple de la plupart de leurs malades, une affection qui incommodait, mais ne faisait courir aucun danger sérieux. L'heure des spécialistes n'était point encore venue pour la gorge. Cependant les médecins à nombreuse et diverse clientèle savaient bien quels ennuis ces troubles, en apparence si légers, infligent aux professionnels, c'est-à-dire aux chanteurs, aux acteurs, aux professeurs, etc., sans compter que l'intérêt scientifique de ces lésions paraissait incontestable à tout esprit réfléchi. C'est ce que Lasègue fait ressortir en très bons termes. « Les phlegmasies chroniques de la gorge méritent par leur fréquence et leur diversité, par les sensations pénibles et incommodes qu'elles infligent et, j'ajouterai, par l'imperfection de nos connaissances, une longue et attentive description. » Il conserve cette appellation d'angines catarrhales, faute de mieux, en se basant non sur la pathogénie ni même sur l'allure clinique, mais bien, redisons-le, sur les lésions de l'appareil sécrétoire et le caractère superficiel des altérations morbides. « A l'exception des angines éruptives et des productions cancéreuses, la plupart des maux de gorge chronique prennent plus ou moins l'aspect catarrhal, en ce sens qu'ils se concentrent de préférence sur les appareils sécrétants et qu'ils n'entraînent pas d'altérations profondes de destruction ou de dégénérescence des tissus ».

Les anatomo-pathologistes, ainsi que les cliniciens, commençaient à être bien en peine pour dire ce qu'était une inflammation chronique. Le microscope n'avait pas apporté les éclaircissements attendus. S'agissait-il véritablement d'un processus phlegmasique à allure anormalement lente, d'une réaction secondaire autour de désordres anatomiques qui ne sont pas réparés, de troubles nutritifs dégénératifs ou hyperplasiques ? Lasègue espère mettre un peu d'ordre dans la question et faciliter la résolution des difficultés, en cédant à sa tendance favorite d'analyste, c'est-à-dire en multipliant les divisions et en répartissant dans celles-ci les faits cliniques d'apparence si diverse, si protéiforme. « C'est dire qu'il faut se contenter des plus vagues généralités sur les angines chroniques envisagées en bloc ou s'appliquer à décomposer la classe pour en détacher les espèces qu'il est possible dans l'état actuel de la science de fonder sur des caractères de quelque précision ».

Pouvait-on s'appuyer sur ces états morbides appelés diathèses pour faire cette séparation? Question tentante entre toutes depuis les remarquables travaux de l'école de Saint Louis. Lasègue mentionne l'arthristisme, l'herpétisme, la scrofule, sur lesquels Bazin avait fait paraître quelques années auparavant des travaux bien connus. Il admet que très vraisemblablement ces états morbides sont assez souvent à incriminer, sans qu'on puisse le certifier d'une façon absolue : « Je ne crois pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, d'affirmer à l'aide de caractères précis la nature diathésique d'une angine catarrhale, mais sans atteindre à la certitude, on peut souvent s'arrêter à une probabilité qui est en médecine un des modes admissibles du savoir. L'empêchement vient de ce que les symptômes peu accusés se réduisent à des degrés variables de rougeur, de congestion, à des troubles de sécrétion indistincts qui n'ont rien de pathognomonique ». Or, les inflammations aiguës antérieures laisseraient souvent, comme trace de leur passage, une tendance à des symptômes identiques, ou peu s'en faut, aux phénomènes dits diathésiques ; pour affirmer ceux-ci, il faudrait donc pouvoir éliminer sûrement, dans les antécédents, ces phlegmasies antérieures ; ce qui est loin d'être toujours possible, si, à défaut du malade qui peut manquer de mémoire, on n'a pas la ressource de consulter l'entourage. Du reste, Lasègue, persuadé que la gorge est pour la *goutte* comme pour le rhumatisme un terrain d'apparition tout à fait hâtive, s'efforce de faire ressortir qu'on ne peut savoir que plus tard, si les notions d'angines aiguës antérieures font défaut, à quoi s'en tenir sur la nature véritable d'une phlegmasie chronique primitivement éclose. Il remarque que la goutte, si nette quand elle est arrivée à un stade relativement avancé, « reste encore très obscure à ses périodes initiales où la maladie s'essaye pour ainsi dire et attend son complément pathologique ». Cependant les vertiges, les céphalalgies intermittentes, certaines formes de dyspepsie, certaines congestions rénales avec ou sans gravelle, constitueraient, il est vrai, par leur ensemble, une symptomatologie un peu spéciale ; mais isolés, leur véritable origine ne pourrait être reconnue qu'au bout d'un certain temps, et c'est pourquoi l'angine, phénomène douteux précoce, laisse forcément des doutes quand elle est due à l'arthristisme. « Toujours diffuse, elle envahit la gorge en totalité, semble prédominante à l'entrée de l'isthme sur les piliers, au voile du palais, mais n'épargne en réalité aucune portion ». Sous ce rapport, elle se rapprocherait donc de l'angine rhumatismale. Comme tant d'autres manifestations goutteuses,

comme les dermatoses cutanées avec lesquelles Lasègue aime tant à comparer les pharyngites, elle serait en général accompagnée « d'une sensation d'ardeur et de sécheresse, exacerbante dans sa longue chronicité ». Elle se montrerait plus incommode à ce point de vue que les angines chroniques dues à des causes purement locales. La présence de l'acide urique ou des urates sur la muqueuse n'est pas du reste soupçonnée par l'auteur. Il mentionne les phobies que réveillent chez les nerveux des phénomènes gutturaux chroniques aussi agaçants. Quelques-uns deviendraient « de véritables hypochondriaques pharyngés ».

Si l'angine arthritique est à peu près l'apanage des adultes, la scrofule gutturale se remarquerait surtout chez les enfants et les adolescents. Cette diathèse si mal déterminée, dont les différents éléments se sont dissous pour ainsi dire à la longue dans la tuberculose, dans la syphilis héréditaire, dans la dégénérescence, dans les infections septiques lentes dont l'aboutissant naturel est l'adénoïdisme, jouissait alors d'une grande réputation. Cependant, chose très remarquable, elle n'inspire aucune confiance à Lasègue en ce qui concerne l'hypertrophie des amygdales. « Chez un grand nombre de sujets, peut-être dans la majorité des cas, l'hypertrophie ou plutôt l'excès de développement des amygdales doit être réputée congénitale¹, c'est-à-dire qu'on ne saurait l'imputer à la scrofule. Cependant, quand ces opinions, même dépourvues de preuves suffisantes, se perpétuent dans la science, il est bien rare qu'elles ne reposent pas sur quelque vérité partielle. » Les raisons qui militent en faveur de l'étiologie scrofuleuse attribuée aux amygdalites chroniques et catarrhales, sont tirées moins de la nature des lésions, de leurs conséquences et de leur ténacité, que de leur mode de propagation. « Il est d'expérience que les jeunes sujets atteints d'inflammations tonsillaires chroniques sont également prédisposés à des catarrhes répétés, intermittents plutôt que continus, des parties voisines ».

Ces relations sont admirablement mises en relief dans les lignes suivantes que les novateurs les plus récents ne désavoueraient pas : « Il semble que de l'amygdale, comme d'un foyer, la phlegmasie irradie dans les conduits revêtus de membranes muqueuses qui viennent s'aboucher dans le pharynx : fosses nasales, larynx,

1. L'adénoïdisme, c'est-à-dire l'hypertrophie des différentes amygdales ou d'un groupe isolé seulement, est souvent très précoce et peut s'observer dans les premiers mois de l'existence ; de là l'erreur de Lasègue, erreur heureuse en ce sens qu'elle l'a fait douter de l'origine scrofuleuse de l'affection.

trachée, trompes d'Eustache. Tantôt ces inflammations passagères se dissipent en quelques jours ou en peu de semaines, tantôt, au contraire, elles se fixent et deviennent une complication plus fâcheuse que l'affection primitive qui, d'ailleurs, n'est ni supprimée, ni modifiée. J'ai, à propos d'une des formes de l'angine érysipélateuse, signalé ces phlegmasies secondaires qui procèdent par poussées secondaires inégales ». Du reste, Lasègue ne nie pas, dans certains cas (terrain de dégénérescence) rebelles, où les lésions se répètent et s'aggravent, l'existence d'un état constitutionnel qu'on pourrait qualifier de scrofule incomplète. Mais la scrofule typique aurait une toute autre allure. « Il est probable que la scrofule vraie, celle qui ne représente pas une aptitude, mais une maladie, peut se localiser sur l'arrière-gorge. C'est sans doute aux scrofulides gutturales qu'il faudrait rattacher ces angines ulcéreuses qu'on attribue, faute de mieux, à une syphilis anormale ; mais, jusqu'à présent, l'histoire de ces affections est trop imparfaite pour qu'on y trouve même les points d'attente d'une description meilleure ».

L'étude des angines herpétiques est renvoyée au moment où il s'occupera des granulations de l'arrière-bouche. Lasègue, qui tient beaucoup à localiser les différentes angines, fait seulement remarquer ici que c'est une affection surtout du pharynx beaucoup plus que de l'isthme.

Parmi les inflammations chroniques de la gorge, la *tuberculose* en déterminerait d'assez spéciales, qui seraient, comme tant d'autres manifestations gutturales, un signe avant-coureur de la maladie. « Une autre affection qu'on pourrait à la rigueur appeler aussi diathésique, en profitant de l'élasticité du mot, m'a paru s'annoncer par quelques manifestations préliminaires de l'arrière-gorge. Je veux parler de la tuberculisation pulmonaire. On sait que la laryngite chronique, avec raucité spéciale de la voix, débute chez certains tuberculeux, à la même date que les premiers signes fournis par l'auscultation, si même elle ne les devance. J'ai observé à diverses reprises, et les cas se sont multipliés à mesure que mon attention était fixée davantage sur ce point, une angine également chronique caractérisée par le développement de varices gutturales et par de petites hémorragies. J'avais d'abord considéré cette variété comme dépourvue d'importance ; mais en poursuivant l'observation du malade plutôt que celle de la lésion, il m'a fallu reconnaître que ces petites hémorragies n'étaient pas sans signification, et j'ai cru devoir leur consacrer quelques pages »

La pathogénie étant insuffisante ou plutôt devant être regardée

comme telle, faut-il se baser uniquement sur la *topographie* dont Lasègue s'est efforcé bien des fois de montrer l'importance capitale en pathologie pharyngée? Il reconnaît qu'on pourrait à la rigueur admettre un groupe diffus, un groupe isthmique se cantonnant surtout sur l'amygdale palatine, un groupe pharyngé, visible (surtout par des conditions anatomiques) à la paroi postérieure de l'organe, et enfin un groupe staphylien affectant principalement la luette ou les piliers antérieurs. « On constate à l'état normal, chez un grand nombre de sujets, une coloration d'un rouge assez vif formant sur les *piliers antérieurs* comme une plaque elliptique, allongée dans le sens de la longueur du pilier, et se distinguant nettement des parties voisines par l'effet de sa vascularité. C'est là que débute un certain nombre d'angines inflammatoires aiguës et que viennent se fixer des inflammations chroniques qui empruntent à leur siège quelques particularités sur lesquelles j'aurai à revenir ».

La nature de l'élément histologique (épithélium, glandes, fibres lamineuses, vaisseaux) qui est touché probablement à l'état isolé, ainsi que cela s'observe du côté de la peau, serait bien intéressante à connaître, et caractériserait mieux le mal que la topographie des lésions; mais, dit-il, cette distinction est encore impossible. Lasègue se trouve donc forcé de s'appuyer exclusivement sur la situation des altérations morbides dont il admet tout à la fois l'insuffisance et l'utilité. C'est ainsi qu'il décrira : 1° une forme catarrhale diffuse chronique; 2° un catarrhe de la luette et du voile du palais. Cette classification ne serait point artificielle et inventée de toutes pièces pour les besoins de l'exposition didactique. Ainsi, l'angine diffuse « représente dans ses lésions, dans la marche de ses symptômes, dans ses attaches avec les dispositions générales de la santé, une unité pathologique. Elle n'est pas le degré plus avancé d'une inflammation partielle qui se serait propagée au delà de ses bornes ordinaires et elle n'aboutit pas davantage aux lésions des inflammations limitées ».

Dans un premier stade, elle débiterait d'emblée sur toute la surface de l'arrière-gorge et suivrait un développement progressif, pour ainsi dire continu, sans phases bien marquées. A l'origine, il n'existerait guère que quelques phénomènes d'irritation locale sans grande signification. Ces symptômes s'observeraient surtout après les repas et après l'usage des boissons stimulantes (alcooliques). Voici en quoi elles consistent : « Bien que les sensations éprouvées par le malade soient vaguement exprimées comme tous les phénomènes subjectifs, on peut en distinguer deux

sortes, et cette distinction, toute subtile qu'elle paraisse, n'est pas sans quelque signification.

« Ou la douleur est continue, et alors elle se traduit par de la chaleur, de la sécheresse, etc., ou elle n'est guère provoquée que par la déglutition et elle disparaît lorsque le voile du palais reste immobile. Dans le second cas, l'affection a des exacerbations; elle varie de degré et se rapproche davantage de l'acuité ». Plus tard, les accès se rapprochant et aboutissant à une gêne incommode continue, les malades viennent consulter leur médecin. « La gorge tout entière est d'un rouge terne, la membrane muqueuse du pharynx paraît moins congestionnée que les piliers antérieurs et postérieurs qui semblent déjà épaissis lorsqu'on fait, en abaissant la langue, contracter le voile du palais. En même temps, la sécrétion du mucus serait moins abondante si on en jugeait par l'aspect velouté des parties, elle est plus considérable si on s'en rapporte au dire du malade.

« Il y a là une cause d'erreur qu'on retrouve dans un grand nombre d'affections chroniques de la gorge. Le mucus du nez qui descend en nappe le long de la face postérieure du pharynx, au lieu de glisser sur des faces amplement lubrifiées, est ralenti dans son trajet. On le voit, si on a l'occasion de fréquents examens, adhérer par places, comme le ferait une fausse membrane et on s'explique qu'il donne la sensation indistincte d'un corps étranger qu'on s'efforce de rejeter par l'expuition. Le mucus nasal s'accumule ainsi pendant la nuit et il est expulsé le matin au réveil sous forme de crachats faciles à reconnaître. C'est cette expectoration que le malade attribue à une augmentation dans la sécrétion de la gorge ».

L'affection pourrait persister ainsi indéfiniment surtout chez les sujets sans passer au deuxième stade; mais généralement il n'en est pas ainsi, et, en s'accroissant, l'angine catarrhale diffuse chronique se précise. En effet, la gêne fonctionnelle s'accroît ainsi que la cuisson et la sécheresse de la gorge, le grailonnement. « Bien qu'elle soit peut-être moins douloureuse qu'à son origine, l'affection se traduit par de pires inconvénients. La sécheresse âpre, comparée à celle qu'on éprouve dans une atmosphère chargée de poussière, s'accompagne de gêne dans la déglutition de la salive, sans entraver, comme dans les formes aiguës, la libre ingestion des éléments. Les contractions musculaires s'exécutent maladroitement et il en résulte des accès de suffocation spasmodique ou des efforts de nausée. On peut, en abaissant la langue et en sollicitant des mouvements en masse des parties

molles, assister à ces spasmes qui s'expliquent par la résistance inégale que la membrane muqueuse épaissie oppose au jeu régulier des muscles. Lorsque nous exécutons un mouvement musculaire sous le double contrôle de la vue et du toucher, il nous est toujours facile de le régler parce que nous nous rendons un compte exact et incessant du résultat obtenu. Mais lorsque l'exercice musculaire, bien qu'il soit soumis à la volonté, s'effectue hors de la vue, dans un organe d'une sensibilité tactile indistincte, qui est plus instinctif que volontaire, on réussit mal à corriger ses écarts. De là, les spasmes, les efforts presque convulsifs provoqués par ce qu'on pourrait, dans certains cas, appeler un ténésme de la gorge.

« La sensation d'âpreté engage le malade à boire souvent, mais il est aisé de reconnaître qu'il n'éprouve pas de soif vraie. Il boit par petites gorgées et obtient ainsi un soulagement peu durable. Ce semblant de soif peut être porté à des degrés qu'on ne se figurerait pas si on ne les avait appris par l'expérience, et comme le malade est incapable d'une analyse d'ailleurs assez délicate, il se plaint seulement de boire outre mesure. La proportion des urines répond à celle des liquides ingérés, et il se fait une polydipsie avec une polyurie correspondante. Bien que l'exagération portée à ces extrêmes soit une rareté, je l'ai vue plusieurs fois occasionner des indécisions de diagnostic.

« A quelque degré qu'ils se produisent, ces excès de boisson *fatiguent à la longue l'estomac* et déterminent des accidents gastriques qu'on ne réussit à guérir qu'à la condition d'en avoir découvert l'origine. On comprend combien il est difficile de remonter à leur cause, quand la raison est à chercher dans une angine à laquelle on n'attribue pas ordinairement de pareilles conséquences.

« En outre, si ces dyspepsies secondaires prennent exceptionnellement de grandes proportions, elles se réduisent souvent à de simples incommodités. J'aurai à revenir sur ce point en parlant des angines chroniques catarrhales des enfants en bas âge.

« Les sécrétions muqueuses sont soumises à des oscillations dont le coryza chronique donne une idée très exacte, parce que la nature et la quantité des excréments nasales sont aisément constatées. Pendant le jour, la déglutition, presque incessante, l'alimentation, les boissons, sollicitent l'évacuation du mucus dont une partie seulement est rejetée au dehors. Pendant la nuit, les produits muqueux s'accumulent et c'est le matin seulement qu'ils sont expulsés, sans efforts de toux, mais par un mécanisme qui attend un nom scientifique. Les malades, plus inventifs en fait de nomenclature, disent qu'ils *graillonnent*.

« Il serait inutile de décrire un fait si peu important et si bien connu, mais on peut se demander où s'accumulent les crachats gutturaux ainsi détachés chaque matin en quantité souvent considérable. J'avoue ne pouvoir m'expliquer où cette accumulation a lieu et comment il se fait qu'elle soit assez inoffensive pour que bien des gens n'expectorent qu'une demi-heure ou une heure après leur réveil. On éprouve les mêmes difficultés d'interprétation, qu'il s'agisse du mucus nasal, de celui qui est sécrété par la gorge ou par une portion plus profonde de la membrane muqueuse des premières voies aériennes.

« L'arrière-gorge n'étant pas suffisamment lubrifiée pendant le sommeil, il en résulte chez certains individus une sensation de gêne assez marquée pour provoquer le réveil. Les angines syphilitiques ne sont pas les seules qui s'exacerbent la nuit, les angines catarrhales intenses ont les mêmes recrudescences, surtout quand elles sont aiguës par un surcroît d'inflammation subaiguë. Les malades accusent alors des sensations tellement analogues à celles qu'éprouvent les syphilitiques que je ne saurais trop recommander de ne pas accepter l'exagération nocturne comme le signe pathognomonique de la syphilis de la gorge ».

Les symptômes rationnels n'existent pas seuls, il s'y ajoute des signes physiques indiscutables. « La membrane muqueuse est épaissie, d'un rouge plus ou moins vif, on y voit par place des saillies arrondies et qu'on attribue à l'hypertrophie de quelques follicules. Au toucher, la gorge est en général chaude, le doigt donne la sensation d'une consistance très variable lorsqu'on appuie; lorsqu'on se borne à promener la pulpe du doigt sur les surfaces malades, elles paraissent comme veloutées. Quand l'affection est intense et date de loin, il est presque possible de mesurer le degré et la durée de la maladie d'après le seul aspect de l'arrière-gorge. La membrane muqueuse épaissie forme des replis ou des rides le long du pharynx et des piliers, visibles à l'œil nu et paraissant d'autant plus profondes que les saillies qu'elles limitent sont plus considérables. Il suffit, pour les apercevoir distinctement, de faire boire au malade quelques gorgées d'eau avant l'examen, précaution bien simple et sur laquelle je n'hésite pas à appeler l'attention.

« L'angine catarrhale chronique diffuse, telle que je viens de la décrire, a pour caractère essentiel d'être *généralisée*. Elle porte à la fois sur toute la cavité pharyngienne limitée en avant par les piliers antérieurs. La face antérieure du voile du palais, qui, pathologiquement, appartient à la région de la bouche, n'y participe pas, et cependant on ne peut pas dire qu'elle soit complètement indemne.

« Dans la plupart des cas, sinon dans tous, elle est le siège d'une légère éruption miliaire, consistant dans de petites élevures demi-transparentes, entourées d'une mince auréole rougeâtre et plus ou moins rapprochés; les élevures qui répondent probablement à l'orifice de petits follicules, vont en diminuant de confluence depuis le bord libre jusqu'à la voûte palatine. Elles ne mériteraient pas une mention, si elles n'avaient que leur signification propre.

« De l'arrière-gorge, une partie échappe à notre investigation, c'est la face postérieure du voile du palais, mais elle n'échappe pas à la maladie. Même avec les miroirs laryngoscopiques que j'ai employés assez souvent pour être familiarisé avec le manuel opératoire, on ne se rend pas compte de l'état de cette surface. Chez le plus grand nombre des individus affectés de catarrhes angineux chroniques, la mobilité du voile du palais est, comme je l'ai dit, inégale et maladroit, la membrane est épaisse, le pharynx est rétréci et le miroir s'ajuste si mal qu'il faut, le plus habituellement, renoncer à son usage.

« Il est probable cependant que la lésion siégeant sur une partie contractile organisée pour des mouvements assez étendus et nécessaires à diverses fonctions, n'est pas sans importance. Or, je crois, sans vouloir l'affirmer, que l'éruption miliaire de la face antérieure donne par son intensité la mesure de l'altération qui occupe la face postérieure du voile du palais inaccessible à la vue ».

Bien que diffuse au niveau du pharynx, *elle respecterait le plus souvent le larynx*. Ainsi chez un jeune pasteur protestant, très inquiet de sa pharyngite parce qu'il avait vu beaucoup de ses confrères devoir renoncer à leur profession à cause d'un mal de gorge, il a pu constater les symptômes suivants : « La membrane muqueuse est boursouflée, épaissie, d'un rouge demi-livide, les amygdales granuleuses. Cette forme d'angine, qui dure depuis plus d'un an à l'état subaigu, n'a pas altéré la voix qui reste vibrante et sonore, surtout quand elle est donnée dans son plein. Le malade, cependant, ne peut pas parler au delà de dix minutes, mais ce n'est pas qu'il s'enroue, c'est que la sécrétion de la gorge devient visqueuse et qu'il est contraint ou de boire quelques cuillerées d'eau ou de s'arrêter. Dès qu'il a bu, il reprend sans gêne son discours. Ce jeune homme éprouve seulement, à un degré extrême, une sensation familière à beaucoup de ceux qui parlent en public ».

Le mal se propagerait rarement aussi au nez ou aux trompes d'Eustache. « L'angine catarrhale diffuse ne détermine égale-

ment qu'à de rares intervalles et pendant les exacerbations subaiguës une irritation des fosses nasales. Elle ne compromet pas davantage la perméabilité des trompes d'Eustache ; le seul organe auquel elle se propage habituellement, c'est la langue ». La langue se recouvrirait d'un dépôt blanchâtre comme dans l'embarras gastrique ; le malade se plaindrait d'avoir la bouche mauvaise, de ressentir la soif, de manquer d'appétit. Aussi, les médecins non prévenus abusent des purgatifs et des vomitifs sous prétexte de gastrite catarrhale ou de dyspepsie. « J'ai eu tant de fois à rectifier des erreurs de ce genre, que je ne puis me dissimuler à quel point elles sont fréquentes. Quand un malade, quel qu'il soit, exempt de fièvre, a la langue habituellement sale, il est utile de procéder à l'inspection de l'arrière-gorge. En supposant que l'exploration donne cent fois contre une des résultats négatifs, elle est si simple, qu'il n'y a pas d'inconvénient à la tenter ». Fréquente à l'âge moyen, elle serait plus rare aux deux extrémités de l'existence. Cependant, on en verrait de temps à autre des cas parfaitement nets ainsi que le prouve une observation fort intéressante rapportée par l'auteur.

IX. — NOTES DE VOYAGE

L'ENSEIGNEMENT

ET LA

PRATIQUE OTO-LARYNGOLOGIQUE A LONDRES

(Suite).

Par **H. MASSIER** (de Nice).

B. — Les services et les études laryngologiques dans les hôpitaux généraux.

Nous avons décrit dans la première partie de notre travail les hôpitaux et les cliniques affectés spécialement aux maladies des oreilles, du nez et de la gorge. Il y a en outre, dans presque tous les hôpitaux généraux, des consultations externes pour l'oto-laryngologie, avec quelquefois, dans les services de chirurgie, quelques lits parcimonieusement réservés aux cas de notre spécialité que l'on est obligé d'hospitaliser. Mais le laryngologiste reste le plus souvent confiné à sa consultation externe, et tout cas chirurgical relève de la compétence du chirurgien général. Nous verrons ainsi, au cours de nos visites, Ballance passer d'une appendicectomie à une trépanation de la mastoïde et à une laparotomie; Johnston porte aussi bien la gouge sur un fémur que sur un rocher. La spécialisation à outrance n'est absolue que dans quelques rares hôpitaux généraux où l'on a compris que l'otologie n'était plus une science chirurgicale tout à fait accessible. Il y a, il est vrai, des praticiens de valeur, des Ballance, des Mac Even, pour qui toute chirurgie est possible; mais cette tendance à la généralisation diminue devant l'accroissement incessant des malades et la multiplicité des méthodes opératoires.

1° *The London Hospital* a rompu avec les traditions anciennes et dans la répartition des services, il est pour l'oto-laryngologie une place à part : une consultation externe, des salles d'opération et d'opérés lui sont spécialement affectées. Situé dans un des quartiers les plus populeux de Londres, dans White Chapel Road, le London Hospital a créé, sous la direction des Drs Hun-

ter Tod pour les oreilles, et Lambert Lack pour le nez et le larynx, un service que l'on peut, sans exagération, qualifier de modèle.

Il passe tous les jours à la consultation externe huit à neuf cents malades environ, sur lesquels deux cents sont dirigés sur le service des maladies des oreilles, du nez et de la gorge. La consultation a lieu deux fois par semaine à 9 heures le mercredi et le samedi, et les opérations, le lundi à 2 h. 1/2. Les malades sont reçus dans une salle d'attente par un infirmier qui les range, leur remet leur feuille d'observation et les fait pénétrer à tour de rôle dans la salle de consultation : celle-ci est une grande pièce rectangulaire bien aérée, bien éclairée, d'une propreté irréprochable. Au milieu, une dizaine de tables d'examen pour le chef de service et les élèves; éclairage à l'électricité; instruments indispensables, petite bouilloire en cuivre, telle est toute l'instrumentation. Les malades nouveaux sont vus par le chef qui pose le diagnostic, l'explique et le commente à son entourage, et formule le traitement. Les élèves peuvent tous examiner le malade ainsi préalablement étudié. Les anciens patients sont vus et soignés par les assistants et les « dressers » à qui toute latitude est laissée pour les traitements courants et la petite chirurgie spéciale. L'instruction théorique et pratique est complétée par des explications sur modelages anatomiques, pièces pathologiques, dessins, planches qui ornent les murs de la pièce. L'éducation clinique est faite avec beaucoup de soins par le Dr Lambert Lack, dont nous avons su apprécier l'inlassable amabilité, et qui joint à d'incomparables qualités de professeur une très haute valeur chirurgicale. Il est assisté dans ses fonctions par un assistant auquel incombent tous les traitements des anciens malades, les opérations courantes et l'initiation des débutants à la pratique oto-laryngologique. Il y a dans cet hôpital une « Medical school » et l'on pourrait croire que l'étude des maladies des oreilles, du nez et de la gorge soit obligatoire. Il n'en est rien. Les élèves ne sont pas tenus d'assister aux conférences cliniques : les élèves du London Hospital n'ont rien à envier aux étudiants de France. L'oto-laryngologie, dont on reconnaît cependant la nécessité dans la pratique journalière, n'a pas encore convaincu les dirigeants; on persiste à vivre sur les positions acquises, jusqu'au jour où l'on s'apercevra que la mort fauche des malades qu'on aurait pu guérir, faute d'avoir appris à les soigner.

Les élèves, étudiants ou praticiens, venant se perfectionner, peuvent, après avoir suivi assidument les cours et conférences

cliniques, conquérir sans lutte, sans concours, les grades d'assistant, chef de clinique, etc. Le chef de service propose un de ses élèves qui est agréé par le « Medical Committee ». De même le chef de service est nommé par ses pairs, sans concours spécial. Donc peu d'émulation; avant tout et surtout de l'assiduité aux consultations, qui se traduit par une expérience pratique plus utile bien souvent qu'un gros bagage théorique.

A la salle de consultation sont attenantes deux petites salles d'opération, construites d'après les dernières exigences de l'antisepsie, bien éclairées par de larges baies vitrées et par des sources lumineuses d'électricité très puissantes (le brouillard de Londres ne permet pas toujours de compter sur l'aide précieuse du soleil ou de la clarté du jour). Des lavabos pour les mains, pour le nettoyage des instruments; des tables d'opération, un fauteuil opératoire laryngologique, une bouilloire à instruments et les objets indispensables, forment le mobilier de ces salles d'opération parfaitement comprises.

Mais toute cette disposition est uniquement destinée à la consultation externe. L'« In Patient », le malade hospitalisé, sera reçu dans l'hôpital où une trentaine de lits sont à la disposition de l'oto-laryngologie et où les D^{rs} Lambert Lack et Tod ont une salle d'opération uniquement affectée à leurs malades. La salle d'opération du London Hospital (il y en a cinq semblables) se recommande à l'attention du visiteur par son aménagement, sa propreté irréprochable et son agencement parfait. Tout d'abord une salle de stérilisation où sont passés à l'autoclave les essuie-mains, les serviettes, les tabliers, les blouses, destinés au chirurgien et à ses aides. La salle d'anesthésie (*anæsthetic ward*) contiguë à deux salles d'opération : pendant qu'on opère un malade, l'autre est endormi. Chaque malade a sa feuille d'anesthésie où sont consignés les incidents de l'anesthésie. Dès qu'un malade est opéré, celui qui attend passe à son tour; on ne perd pas de temps entre chaque opération, car il faut aller vite, et c'est par dizaines qu'on compte les interventions de toutes sortes pratiquées chaque jour dans le London Hospital. La salle d'opération en elle-même est tout simplement parfaite : la décrire serait trop long, mais que l'on sache que l'on ne saurait rêver rien de plus perfectionné : murs en marbre blanc, dallage en brique, tout le mobilier en métal (armoires à instruments, tables, chaises). Nous avons dit combien était minutieuse la stérilisation, puisque tous les objets d'opération et de pansement étaient stérilisés dans la maison; ajoutez à cela une salle de réparation des instruments, ce qui simplifie beaucoup les relations avec les fabricants.

d'instruments chirurgicaux. En somme, l'organisation de cet hôpital est intelligemment comprise : on a réduit au minimum les difficultés d'un bon fonctionnement.

Il faut en effet une grande régularité dans la marche de tous les services, étant donné l'importance de cet hôpital. L'on comprend aisément quelles richesses cliniques le médecin a à sa disposition parmi ces huit à neuf cents malades qui, chaque jour, viennent réclamer des soins. Toute la pathologie de notre spécialité passe sous le miroir frontal et, pour notre part, nous ne pouvons que nous féliciter d'avoir suivi à plusieurs reprises les conférences cliniques intéressantes du Dr Lambert Lack. Il nous a été donné surtout de voir en grande quantité les lupus des premières voies : lupus circonscrit, lupus du nez et du pharynx, du voile, lupus généralisé ayant nécessité un traitement patient et délicat, lupus laryngien ayant nécessité souvent des trachéotomies, bref, toute la gamme de ces modifications profondes imprimées aux tissus des voies aériennes supérieures par le processus lupique. Le traitement médical consiste en applications topiques de nitrate acide de mercure et arsenic à l'intérieur. Mais là ne se trouve pas toute la thérapeutique : le malade est envoyé aux rayons de Finsen. Ce service, où sont soignés journellement deux cent cinquante à deux cent soixante malades (lupus de la face, du cou, etc.), mérite une visite attentive, car c'est, paraît-il, jusqu'à ce jour, le mieux installé, le plus perfectionné du monde entier : les lupus du nez y sont envoyés et l'on obtient par ces moyens une amélioration des plus notables et assez rapide.

En somme, le London Hospital, par le nombre de ses malades, la multiplicité des cas intéressants, la parfaite harmonie de son fonctionnement, mérite d'être vu longuement. Quelques longues stations dans le service de Lambert Lack seront pour le laryngologiste du plus vif intérêt.

2° *Saint Thomas Hospital.* — Dans cet hôpital de construction récente, avec son alignement correct de pavillons bâtis sur le même modèle, l'on a fait une place à part aux maladies des oreilles et de la gorge. La consultation externe a lieu pour les oreilles les lundi et jeudi à 1 heure 1/2, sous la direction du Dr Marriage, et pour la gorge le mercredi à 1 heure 1/2, sous la direction du Dr Robinson. Les malades hospitalisés sont opérés pour les affections spéciales par le Dr Ballance, le mercredi à 9 heures 1/2.

La consultation externe se fait au rez-de-chaussée. Les malades amenés sont reçus dans une grande salle où ils sont vus et soi-

gnés par les assistants et les élèves. Deux tables à examen avec une lampe à gaz, une bouilloire, quelques instruments forment le mobilier très sommaire de cette salle. Les malades nouveaux sont reçus dans une autre salle par les élèves qui prennent l'observation, et examinés immédiatement par le chef de service qui explique le cas à ses élèves, porte le diagnostic et indique le traitement. L'agencement de cette salle est très simple aussi : quatre à cinq tables d'examen avec lampes à gaz pour le maître et les élèves. Dans le Saint Thomas Hospital, l'étudiant fréquente assidument la consultation otologique ; huit à dix élèves sont attachés à la consultation pour une période de trois mois en qualité de dressers. L'enseignement clinique est fait par le Dr Marriage dont les leçons sont fidèlement suivies par les étudiants.

Mais tout l'intérêt du service se porte sur les leçons et opérations du Dr Ballance. Ce brillant opérateur attire autour de lui une foule de praticiens désireux de s'instruire et l'on doit voir Ballance opérer une mastoïde, pratiquer la greffe post-opératoire et se rendre compte ainsi des merveilleux résultats qu'il obtient dans le traitement des suppurations chroniques de l'oreille. M. le Dr Marriage nous a obligeamment montré deux cas de greffe de la cavité opératoire et nous avons pu nous rendre compte de l'épidermisation complète de la cavité. Nous avons pu aussi voir un malade chez qui, à la suite de paralysie faciale, on avait pratiqué l'anastomose par suture du facial avec la branche accessoire du spinal. D'autres cas très intéressants nous ont été montrés aux consultations très fréquentées par des malades venus du sud-ouest de Londres et de la banlieue.

3^e *Middlesex Hospital*. — Dans ce vieil hôpital qui est situé au centre de Londres, le service d'oto-laryngologie a été confié à un praticien de valeur, sir Stephen Paget, fils de l'illustre Arthur Paget. Le médecin étranger trouvera auprès de ce confrère l'accueil le plus cordial et le plus aimable, et sir Stephen Paget mettra à sa disposition les inépuisables ressources de sa science et de son affabilité.

La consultation a lieu les mardi et vendredi à 9 heures. Les malades attendent dans un couloir attenant à la salle d'examen. Celle-ci est une pièce carrée simplement installée avec une table pour l'inscription des malades et une autre pour l'examen, contenant les instruments nécessaires au traitement du malade ancien. Dans une petite salle attenante sont rangés deux sièges avec éclairage électrique ; c'est ici que sont examinés les malades nouveaux. Un seul assistant aide le Dr Paget. Les étudiants de

l'hôpital viennent peu aux consultations des maladies des oreilles et nous avons eu l'occasion de voir souvent sir Stephen Paget faire seul sa consultation, nous priant même de l'aider. Le Dr Paget se sert avec prédilection de l'otoscope de Brunton pour l'examen des oreilles. Pour nous, nous trouvons que l'instrument le plus simple est encore le meilleur et l'otoscope de Brunton est d'un maniement plus difficile. La salle d'opération de l'hôpital est simple, mais propre et un peu petite.

4° *Saint-Bartholomew's Hospital*. — De cet hôpital où la consultation est faite dans une grande salle d'attente, exposée aux mille contaminations des maladies externes, où l'examen se fait à la lumière du jour ou à la lampe au pétrole, le malade étant debout, nous ne dirons rien jusqu'au jour où on aura permis à des praticiens de valeur, tels que Cumberbatch, Jobson Horne, Hammer, de travailler dans des conditions d'asepsie et de propreté qui sont loin d'exister actuellement. Mais ce jour est proche, puisque l'on reconstruit des services de spécialité et alors on pourra entreprendre la description d'un service qui n'intéresse actuellement que par son manque de confortable et d'élégance.

C'est le seul hôpital de Londres où nous ayons vu enlever les adénoïdes sous chloroforme et cette méthode ne nous engagea pas à la mettre en pratique dans notre clientèle. Il est assez extraordinaire que l'on ait conservé dans cet hôpital cet acte opératoire suranné, alors que l'on a de si beaux résultats avec les anesthésiques à effet rapide. Sans compter que nous avons pu constater des alertes plus fréquentes qu'avec le somnoforme ou le chlorure d'éthyle ou l'A.C.E. La description que donne de cet hôpital, Maurel de la Bourboule, dans sa thèse de 1893, saurait s'appliquer à l'état actuel avec cette différence peut-être que douze ans se sont écoulés sur l'hôpital et augmentent la vétusté d'un service qui n'a pas su se rajeunir.

5° *King's College Hospital*. — C'est ici que professent et consultent pour les oreilles les Drs Urban Pritchard et Saint-Clair Thomson les lundi et jeudi à 1 heure 1/2; pour le larynx, les Drs Grenth Mac Donald et A. H. Cheatle les mardi et vendredi à 1 heure 1/2.

La salle de consultation n'est pas luxueuse : petite, avec deux tables d'examen seulement. L'étudiant ne vient pas aux consultations et le chef de service voit rapidement avec son assistant les soixante malades qui viennent réclamer des soins.

L'hôpital octroie généreusement six lits aux malades qui nécessitent une opération.

Les autres hôpitaux, l'University College Hospital, Guy's Hospital, Sainte-Mary's Hospital, Saint-Georges Hospital, ont aussi des consultations spéciales, mais manifestement délaissées ou sacrifiées. Deux hôpitaux sont à voir en détail parce que la spécialité n'y est pas considérée comme insignifiante, c'est le London Hospital et le Saint-Thomas Hospital. Tous les autres ne mettent à la disposition de cliniciens de valeur, d'opérateurs éminents, que des moyens de travail et d'étude insuffisants. Néanmoins, la visite des services oto-laryngologiques, la connaissance de la technique d'examen et d'opération des maîtres anglais offrent le plus grand intérêt, et nos confrères français retireront de la fréquentation des praticiens de Londres des notions cliniques et thérapeutiques des plus utiles.

X. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — PAROTIDITE INFECTIEUSE D'ORIGINE BUCCALE,

Par C. GOLESCEANO (de Paris).

M. Cr. Désiré, âgé de 28 ans, se présente à ma clinique le 7 septembre 1902, pour des troubles de la voix, avec enrouement intermittent à n'importe quel moment de la journée. De son métier, employé chez un parfumeur, il est constamment dans l'humidité.

L'état général du malade, quoique d'apparence précaire, maigriot et irritable, est meilleur dès que l'examen successif se précise.

Il a fait son service militaire, aucune maladie infectieuse, pas de spécificité. Toux sèche quinteuse sans expectoration, jamais d'hémoptysie. Pas de sueurs nocturnes. Voies digestives bonnes. Il pèse cent vingt-six livres. L'auscultation de son poumon gauche laisse entendre une respiration moins franche qu'à droite. Submatité dans la région sous-claviculaire gauche. Cœur normal.

Muqueuse buccale et oro-pharyngée pâles. Pas d'amygdales. Nez libre, pas d'obstruction ni hypertrophie des cornets.

Langue, épiglote, ventricule, normaux. Les cartilages aryténoïdiens légèrement œdématisés. Cordes vocales intactes. En somme peu de chose. Un poumon gauche suspect et tout au plus une laryngite catarrhale.

TRAITEMENT. — Injections intratrachéales, avec de l'huile mentho-eucalyptolée. Cette thérapeutique, suivie pendant quatre mois, tout en faisant gagner sept livres, laisse la voix enrouée.

20 janvier 1903. Notre malade souffre d'une otalgie gauche, sans angine. Pas d'otite.

TRAITEMENT. — Salicylate de soude, 0,50. Bicarb. de Na 0, 25, six cachets, trois par jour.

Nous continuons les injections intratrachéales.

22 février. La corde vocale droite est un peu boursouflée. Atmo-thérapie bucco-pharyngée d'après les indications décrites dans ces *Archives* n° 6 (t. XVIII, 1904, page 874).

Le traitement suivi pendant un mois amène une amélioration sensible dans l'état de sa voix.

Fin mars. Le malade accuse une douleur massétérine droite; difficulté pour ouvrir la bouche, pas de trismus. Aucune réaction locale.

3 mars. Une lésion paraît se dessiner dans la direction du canal de Sténon, induration.

5 mars. Parotide droite légèrement tuméfiée, la glande n'est pas

douloureuse. Les jours suivants, le volume de la parotide augmente sensiblement, au point que le 7 mars toute la glande est engorgée, arrivant à couvrir toute la loge, la tuméfaction s'étend même vers l'angle du maxillaire inférieur, mais sans le dépasser.

Dans la région massétérine, siège de la boule graisseuse de Bichat, on a sous la main une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumescence n'est pas douloureuse, elle n'adhère pas à la joue, l'exploration par la voie buccale laisse sentir son siège lointain.

L'état général du malade est excellent malgré cela, il mange bien et ne souffre pas, à part une légère gêne qu'il éprouve en ouvrant la bouche.

Le 10 mars, tendance fébrile, aucun changement dans les caractères de la lésion.

L'inspection buccale laisse voir à 30 millimètres de la commissure buccale et à 7 millimètres du cul-de-sac alvéolo-génien, siège de l'orifice du canal de Sténon faisant face à la deuxième molaire, l'embouchure du canal parotidien fortement hyperhémée. En pressant sur son orifice, on voit paraître un peu de pus. La dentition du voisinage est indemne, sauf la couronne de la deuxième molaire entourée d'un peu de gengivite.

TRAITEMENT. — Asepsie buccale assurée par les vapeurs chaudes. Massage de la parotide.

Le 14 mars, pas de changement dans l'état local, la parotide est toujours tuméfiée. Du pus à l'orifice du canal de Sténon. Nous essayâmes le cathétérisme dudit canal.

Badigeonnage de la muqueuse de la joue avec une solution de cocaïne au 20^e en nous guidant sur un procédé connu, savoir : redresser le trajet en Z de la portion massétérine de 32 millimètres dudit canal, en attirant et renversant en dehors la face interne de la joue, afin de faire proéminer l'orifice parotidien. Une sonde fine n° 1 de Bowmann ne peut pas être introduite. Le malade s'y prête difficilement.

15 mars. La parotide est toujours tuméfiée, son massage, indolore donne une sensation comme si l'on avait des pois sous la main.

État général excellent, voies digestives intactes.

16 mars. Sécrétion séro-purulente à l'orifice du canal de Sténon.

L'oro-pharynx présente au niveau du pilier droit une petite exulcération grisâtre.

L'analyse bactériologique, faite le 19 mars au laboratoire de la ville de Paris, nous apprend que les cultures microbiennes renferment des streptocoques et des microcoques.

TRAITEMENT. — Grandes irrigations bucco-pharyngées avec chloral hydraté 2 gr., Résorcine, 5 gr., Borate de Na 40 gr. pour 1 litre d'eau bouillie. Massage de la parotide.

22 mars. Parotide moins dure, indolore au massage. Aucun changement dans l'état local, la région n'est pas œdématisée, ni enflammée. L'état général du malade est excellent.

24 mars. L'ulcération du pilier est plus accentuée, fond rougeâtre et bordure grise, pas d'exsudat.

Les irrigations sont suivies plusieurs fois par jour pendant une semaine.

31 mars. Léger accès fébrile le soir. Parotide toujours étalée, mais plus molasse.

6 avril. Le cathétérisme du canal de Sténon a réussi. Pas de concrétions, la sonde de Bowmann n° 1 pénètre à 30 millimètres. Mieux sensible dans la tuméfaction de la parotide, qui paraît diminuer de volume.

8 avril. Au niveau de la première grosse molaire, nous remarquons pour la première fois, à la partie moyenne du collet, une petite source purulente. La dent paraît saine, le malade ne souffre pas. Nous lui imposons de se débarrasser immédiatement de sa dent, mais comme tous les malades, arguant qu'elle ne lui fait aucun mal, il gagne du temps.

17 avril. La dent est extraite par notre ami, le Dr Bloch; cette dent est saine, pas de carie. Les soins de la bouche par les dites irrigations et le massage de la parotide sont continus.

18 avril. La tuméfaction ourlienne disparaît à vue d'œil, bref, le 27 avril, elle est à peine sensible sous le massage.

4 mai. Va très bien, aucune inflammation locale. Nous eûmes l'occasion de revoir le malade vers le 15, quand tout était rentré dans l'ordre normal.

L'exulcération pharyngée ainsi que la voix étaient dans un parfait état.

RÉFLEXIONS. — Le fait est incontestable que l'inflammation de la parotide était sous l'infection buccale; néanmoins le cas clinique est important au point de vue de sa marche comme au point de vue du diagnostic différentiel.

Dans sa marche, nous avons vu que la lésion dure depuis le mois de mars jusqu'à mai. Pendant toute la période, aucune réaction locale ou générale. Il est plus que probable que cette chance est due à la virulence très peu marquée des streptocoques et des microcoques que nous révéla l'examen bactériologique.

Comme diagnostic différentiel, la douleur au début pouvait faire penser à une *périostite maxillaire*, mais comme le sillon gingivo-génien était normal, il ne fallait pas y penser. Nous ne parlons pas d'*adéno-phlegmon*, la tuméfaction ne dépassant pas l'angle du maxillaire inférieur, en outre aucune réaction locale.

Plus important, notre cas demandait à être différencié des *adénites géniennes*.

Les adénites géniennes, étudiés par Poncet, Vigier, Albertin, Princeteau, et tout dernièrement par Lebedinsky (*Arch. de*

stomatologie, janvier 1904) reconnaissent comme cause les infections ganglionnaires de la joue.

Selon Trendel (*Beiträge z. clin. Chirurgie* XXIX) résumé dans les *Arch. de stomatologie*, janvier 1904, les ganglions lymphatiques dans l'épaisseur de la joue sont repartis comme suit :

Un *groupe maxillaire* ou supramandibulaire correspondant à la face externe du maxillaire inférieur, formé d'un ou deux ganglions qui se logent sur le bord antérieur du masséter, entre l'artère et la veine faciale.

Le *groupe buccinateur* en pleine joue au-dessous de la ligne qui suit le canal de Sténon, parmi ces ganglions quelques-uns ne se trouvent pas loin du point de pénétration du canal de Sténon.

Enfin, un *dernier groupe* quoique exceptionnel existe dans le pli naso-génien, au niveau du bord inférieur de l'orbite, à l'angle palpébral interne. L'inflammation de ces ganglions constitue les adénites géniennes. Mais les symptômes cliniques qu'elles revêtent se terminent presque toujours par la formation d'un abcès, ou bien, ce qui est rare, l'inflammation peut s'étendre au loin, afin de former une adénite ou adéno-phlegmon génien. Les adénites géniennes reconnaissent comme cause une infection gingivo-dentaire.

Localement, la région est rouge violacée, la palpation buccale laissant sentir que l'inflammation glandulaire est entreseparée de la muqueuse par un plan musculaire sur lequel elle roule, tandis que du côté de la joue elle adhère à la peau.

En résumé : Si l'infection parotidienne reconnaît comme cause une infection buccale, le fait clinique est intéressant en ce sens que tout en admettant que l'infection de la glande a dû se faire à travers les lymphatiques du groupe du buccinateur, l'inflammation s'est propagée à la parotide, respectant la richesse ganglionnaire que nous venons de décrire.

En outre, il est à noter qu'une virulence microbienne en apparence peu importante, peut dépasser toute l'étape lymphatique et aller se cantonner directement dans le territoire d'une glande dont la richesse des acinus n'est plus à discuter.

Enfin, chose importante, nous avons assisté à une inflammation parotidienne à évolution torpide ayant cédé dès que l'avulsion dentaire, source de sécrétion toxique, fut tarie.

Devons-nous faire une part au massage parotidien ? C'est possible. Quoi qu'il en soit, l'évolution, la symptomatologie de notre cas clinique est assez intéressant, afin qu'il puisse prendre place dans le cadre nosologique des infections glandulaires d'origine buccale.

II. — HÉMORRAGIE VÉLO-PALATINE RÉPÉTÉE, PROBABLEMENT D'ORIGINE NERVEUSE,

Par **C. CHAUVEAU.**

Les hémorragies d'ordre nerveux sont rares, mais incontestables. Les troubles portant sur les troncs nerveux, l'hystérie, l'ataxie, doivent le plus souvent être incriminés. L'observation suivante est intéressante par sa localisation un peu spéciale, sa coïncidence très nette avec des douleurs de tête d'apparence migraineuse, et surtout sa répétition.

H..., 39 ans, très bien portant. Pas d'affection cardiaque, pulmonaire ou nerveuse; se plaint simplement de douleurs de tête à allure migraineuse.

En septembre 1904, à sept ou huit reprises, hémorragie vélo-palatine succédant à un violent mal de tête.

Venu à la clinique le 25 mars 1905. Il y a quelques jours, céphalée localisée à la région sus-orbitaire droite. Le lendemain, hémorragie du voile du palais; le malade l'évalue à un demi-verre. Elle s'est reproduite trois jours de suite le matin.

A l'inspection, voile du palais rouge, vascularisation intense. Un point plus rouge, paraissant être l'origine de l'hémorragie, se montre sur le pilier antérieur gauche.

Amygdale gauche grosse; la droite de moyen volume. Voûte palatine ogivale.

XI. — VARIÉTÉ

OTOLOGIE ET ART JAPONAIS

Par **L. VAQUIER** (de Tunis).

Je me suis laissé dire, et vous le dis à mon tour, que, au Japon, il est des femmes otologistes....

On a certes beaucoup conté sur le Japon, mais la proposition,



pas bien méchante d'ailleurs, que j'avance, me semble vraie, car à défaut de souvenirs personnels, je fais appel à des réminiscences de conversations éminemment dignes de foi et vous présente une délicieuse porcelaine dont l'auteur, sujet du Mikado, a pris sur le vif en plein exercice de ses fonctions, une délicate otologiste.

La scène se passe, je ne sais où, peut-être en plein air, car certains opérateurs ont pour cabinet la voie publique.

La Mousmée, à genoux sur le sol, vêtue du kimono classique, où les couleurs bleue et rouge se marient et font bon ménage, est au pied de son client, accroupi à demi.

Notre confrère opère, voyez-la, avec assurance et douceur. Le poignet droit très souple, la main tient une baguette dorée, fouillant le conduit et donnant la chasse au cérumen, qui ne peut échapper, au fond de sa sotte cachette, à ce petit œil malin et en amande. Pendant ce temps, l'autre main tire doucement en bas l'oreille.

C'est une vraie démonstration de petite chirurgie spéciale. Tous ceux qui auront considéré notre spécialiste extrême-orientale n'oublieront jamais la technique du « cérumen à la japonaise » ! Mais sauront-ils aussi gracieusement tenir la thérapeutique baguette, et ne feront-ils pas faire à leur patient une plus vilaine grimace ?

Inutile de décrire le « malade » puisque j'en donne deux photographies. Voyez-le, appuyant gentiment son avant-bras gauche sur le genou droit de l'opérateur. Cette familiarité, toute naturelle ici, ne semble-t-elle pas dire toute la confiance dont le brave homme est plein ?

N'allez pas croire qu'il souffre.... Sa bienfaitrice a la main trop légère... C'est un pusillanime ! Combien son réflexe grimaçant est naturel ! La pose de la main droite avec l'index aux lèvres n'est-elle pas une trouvaille artistique ?

J'ai cru intéresser quelques lecteurs des *Archives internationales de Laryngologie* en leur présentant cette œuvre d'art assez curieuse et trouvée par hasard.

Jusqu'à présent, chez nous, certains praticiens se faisaient immortaliser par les photographes, dans des poses laissées au choix de leur imagination, parfois très fertile. Ne serait-il pas charmant, pour varier, de nous faire figer dans la porcelaine en plein exercice de notre art ?

Que l'on prenne garde : les modes sont capricieuses, et quelques-unes d'entre elles vont de l'est à l'ouest !...

XII. — DICTION

LES CONSONNES

LEUR RÔLE DANS LA FORMATION

DE LA

VOIX PARLÉE ET CHANTÉE.

LEUR INFLUENCE SUR L'ÉMISSION VOCALE

(Suite.)

Par **J. BELEN**, professeur de chant.

FORMATION DES CONSONNES SIFFLANTES DURES A DOUBLE DÉTENTE

Premier mouvement d'articulation ou préparation.

La bouche est légèrement entr'ouverte ;

Les mâchoires sont écartées ;

La pointe de la langue se soulève à la hauteur et en arrière de la naissance des incisives de la mâchoire supérieure, sans prendre contact avec le palais ;

Ses bords latéraux s'appuient aux molaires de la mâchoire supérieure ;

L'air contenu dans les poumons s'échappe par l'issue qui lui est offerte entre la pointe de la langue et les incisives de la mâchoire supérieure, en faisant entendre un sifflement ;

Le larynx ne vibre pas.

Deuxième mouvement d'articulation ou détente sur la deuxième consonne.

La pointe de la langue s'abaisse rapidement vers les incisives de la mâchoire inférieure ; sa partie postérieure s'applique énergiquement contre la partie correspondante du palais fermant ainsi toute issue à l'échappement de la colonne d'air ;

La colonne d'air est fortement comprimée dans l'arrière-bouche.

Troisième mouvement d'articulation ou détente sur une voyelle.

La langue s'abaisse très vivement sur le plancher de la bouche pour prendre sa place de repos ;

La bouche prend la forme propre à la voyelle sur laquelle la détente doit s'opérer ;

L'air, violemment chassé en avant, produit une explosion assez forte ;

Le larynx vibre et donne naissance à une voyelle.

Lorsque la détente doit s'opérer sur une consonne, la disposition buccale générale doit être celle propre à la préparation de cette deuxième consonne, ce mouvement est ensuite définitivement suivi d'un troisième mouvement d'articulation, particulier à la détente de la troisième consonne sur une voyelle.

LES CONSONNES SIFFLANTES, SOURDES, COMBINÉES A DÉTENTE SIMPLE *CH* et *SCH*.

Ces deux consonnes, dont l'effet est absolument identique, sont des Palato-Linguales antérieures comme les sifflantes dures, et, comme celles-ci, se forment dans la partie antérieure de la bouche, quoiqu'un peu en arrière de la place de formation de ces dernières. Elles sont à préparation et à détente simples.

On trouve la consonne *Ch* dans une foule de mots, soit en tête, soit dans le corps, comme dans : « *champ, chaume, choux, arche, machine, échange, etc.,* »

La consonne *Sch* se trouve dans *Schéma, schisme, Stockfisch, etc., etc.*

Je viens de dire que la formation de ces deux consonnes est identique, j'ajoute que leur effet phonétique est semblable ; il est par conséquent possible de les unir dans l'étude qui va suivre.

Du reste cette tâche est simplifiée du fait que la plupart des observations les concernant ont été déjà étudiées à propos des sifflantes dures. Comme celles-ci, elles sont produites sans le secours sonore du larynx.

Elles en diffèrent cependant en ce que, si on articule une sifflante dure et que l'on fait intervenir une sonorité laryngienne, on obtient immédiatement une *zézayante*, alors que, procédant de la même façon pour les sifflantes sourdes, elles deviennent immédiatement des *murmurantes*, soit *G*, ou *J*. Ainsi, lorsqu'un allemand dit : un *choli chambon, il ne fait pas vibrer le larynx* et prononce mal. Mais il suffirait de lui demander d'accompagner cette articulation d'une vibration laryngienne pour que de suite, et sans rien changer à la disposition buccale, il prononçât immédiatement de façon correcte : « un *joli jambon*. »

La parenté entre toutes ces Palato-Linguales est grande, et elles ne diffèrent que par quelques points de détail concernant la vibration ou la non vibration laryngienne, ou bien encore un

avancement ou un recul plus ou moins prononcé de la pointe de la langue.

Une forme d'iotacisme affecte parfois les sifflantes sourdes, elle se manifeste surtout chez beaucoup de Parisiens, c'est même un signe auquel on reconnaît certains Montmartrois.

De même que nul signe graphique ne peut rendre l'effet phonétique du blèvement sur les consonnes G, J, S, Ch, etc., de même nul signe ne peut rendre l'effet que produit ce défaut d'articulation lorsqu'il affecte ces deux consonnes. Cela n'est pas le remplacement des consonnes Ch ou Sch par la voyelle I; ce n'est pas davantage leur remplacement par d'autres consonnes, mais c'est en quelque sorte un moyen terme entre l'émission I et l'articulation Ch, qu'il faut entendre pour pouvoir s'en rendre exactement compte.

Cependant, fait caractéristique en l'espèce, le sifflement sourd particulier à ces consonnes disparaît à peu près totalement, tout en se laissant soupçonner, si je puis m'exprimer ainsi, sans quoi il serait possible d'écrire comme suit pour rendre l'effet d'articulation: « *Je viens des iamps avec mon ieval que ie conduis ihez nous,* » pour: *Je viens des champs avec mon cheval que je conduis chez nous.* »

La cause de ce défaut d'articulation est la mauvaise position donnée à l'appareil buccal lorsqu'on articule les consonnes affectées. Il est évident que le résultat mauvais obtenu avec les consonnes Ch ou Sch, provient de ce que la bouche, au moment de préparation de ces consonnes, occupe le dispositif *absolu* particulier à l'émission de la voyelle I, avec la pointe de la langue très en avant, alors que dans l'articulation de Ch elle s'appuie beaucoup plus en arrière. Si dans ce mouvement de préparation on faisait vibrer le larynx, on obtiendrait évidemment la *voyelle* I parfaite, mais le manque de vibration donne naissance à une *consonne* I sifflante sourde qui n'est plus I voyelle, et encore bien moins Ch, mais une sonorité hybride qu'il faut éviter.

En parlant à voix chuchotée, l'altération de ces consonnes se fait beaucoup moins sentir, et l'articulation en est moins choquante. Il n'en va pas de même pour les consonnes G et J, qu'il est impossible d'obtenir à un degré quelconque à voix chuchotée, c'est-à-dire sans le secours de la voix, car on articulerait: *chéneral, cheune*, etc.,

Prenons maintenant le mot *chez* pour faire la démonstration du mécanisme d'articulation des consonnes Ch ou Sch.

La bouche s'entr'ouvre légèrement et les mâchoires s'écartent un peu, tandis que la pointe de la langue se soulève vers la voûte

palatine, sans la toucher, à peu près à un centimètre en arrière de la naissance des incisives de la mâchoire supérieure; les bords de la langue touchent les parties correspondantes du palais et les molaires de la mâchoire supérieure; elle se creuse en canal dans le sens de la longueur.

L'air en sortant des poumons et en passant par l'issue qui lui est ainsi offerte, s'échappe en faisant entendre un sifflement *sourd*. Ce sifflement devient *dur* si on avance la pointe de la langue vers les incisives de la mâchoire supérieure presque à les toucher. On peut faire cette expérience plusieurs fois en une seule expiration, en reculant et en avançant successivement la langue, sans arrêter la poussée de la colonne d'air; et de la sorte se vérifiera que la différence d'articulation entre Palato-Linguales est en partie une question d'avancement ou de recul de la pointe de la langue.

Le larynx ne doit pas vibrer, car ainsi que je viens de le faire remarquer, son intervention sonore transformerait les sifflantes sourdes *Ch* et *Sch*, en murmurantes *G* ou *J*.

Ces différents mouvements constituent la préparation de ces consonnes qui, à l'exemple de celle des sifflantes dures, peut durer pendant toute une expiration, ou jusqu'au moment précis où il conviendra d'opérer la détente sur la voyelle ou la consonne qui suit.

Dans l'exemple que je donne, cette détente doit se produire sur la voyelle *é* fermée ou *ez*, qui, avec la consonne *ch*, constitue le mot *chez*.

A cet effet la langue s'abaisse rapidement sur le plancher de la bouche où elle prend sa position de repos; la mâchoire inférieure s'abaisse un peu pour permettre l'émission de la sonorité *é* fermée ou *ez*; ouverture naturellement inférieure à celle qui serait nécessaire pour une sonorité ouverte, soit *è* ouverte, *a* clair ou *à* grave; le larynx vibre au moment précis où la langue et la mâchoire changent de position et sa vibration fait cesser immédiatement le sifflement de la consonne, et les deux parties, la consonne composée ainsi que la sonorité composée constituant le mot *chez*, sont produites.

Je répète que la forme à donner à l'appareil buccal au moment de la détente de la consonne *Ch* varie selon la voyelle ou la consonne dont elle est suivie. De même je rappelle que cette forme doit être sensiblement celle propre à cette voyelle ou à cette consonne — et cela dès la préparation de celle-ci — si on ne veut pas altérer leur pureté d'émission ou d'articulation, car, en prenant pour type toujours le même mot *chez*, si cette forme

était celle particulière soit à la voyelle u, soit à la voyelle a, il serait certain que l'on prononcerait *chuez* ou *chaez*, ce qui arrive fréquemment aux femmes dont le maniérisme d'articulation produit les bizarreries suivantes : je l'aéïme, traès bien, œlle aéï baïle, pour ; « je l'aime, très bien, elle est belle, »

FORMATION DES CONSONNES SIFFLANTES SOURDES Ch et Sch.

Premier mouvement d'articulation en préparation.

La bouche s'entr'ouvre légèrement.

Les mâchoires s'écartent un peu ;

La pointe de la langue se soulève vers la voûte palatine sans la toucher ;

Les bords latéraux de la langue touchent les parties correspondantes du palais ainsi que les molaires de la mâchoire supérieure ;

La langue se creuse en canal dans le sens de la longueur ;

L'air sortant des poumons s'échappe en faisant entendre un sifflement sourd ;

Le larynx ne vibre pas.

Deuxième mouvement de préparation ou détente.

La langue s'abaisse rapidement sur le plancher de la bouche ;

La mâchoire inférieure s'abaisse un peu ;

Le larynx vibre au moment où ces deux mouvements se produisent.

(A suivre).

XIII. — CORRESPONDANCE

RÉPONSE A M. LE DOCTEUR P. BONNIER

Mon cher confrère,

Je suis très heureux que vous ayez pris la peine de critiquer ma *théorie de l'audition*. Je suis persuadé qu'une discussion loyale entre spécialistes ne peut être que profitable à la question si obscure que nous essayons d'élucider; et je considère comme un devoir de vous répondre. Naturellement je répondrai d'abord et surtout à celles de vos objections qui sont formulées avec le plus de précision: la science s'accommode mal des à peu près; évitons-les... quand cela est possible; je reconnais, hélas! que nous ne le pouvons pas toujours!

A. — Je prétends que les vibrations arrivent au labyrinthe par deux voies, la v. *solidienne* qui est la plus rapide, et la v. *mixte* qui est la plus efficace. Celle-ci est comme une route carrossable, l'autre est un « raccourci ». Vous pensez que « ce manque de synchronisme » doit singulièrement troubler l'audition « par une diplacousie d'un étrange effet ».

Cette crainte est en partie chimérique, en partie exagérée.

Pour en saisir le côté chimérique, supposons que la double voie n'existe pas, et considérons la façon dont les mouvements dits sonores arrivent à l'oreille.

a) Presque toujours ils ont suivi une multitude de chemins de longueurs différentes, et ils se présentent à l'oreille sous la forme d'une série de mouvements plus ou moins modifiés par des réflexions compliquées. Les deux cas extrêmes sont un coup de fusil tiré dans une plaine, et un coup de canon tiré dans des gorges de montagne. Le premier ébranlement ne suit guère qu'un chemin, le second en suit mille. Le premier produit un *bruit sec* dont la *tonalité* nous échappe; le second produit *des sons prolongés*, roulements, redondances, dont *les timbres* sont pleins et nourris, dont *les tonalités* sont variables et très bien perçues; ces sonorités se succèdent pendant plusieurs secondes, sans produire aucun effet choquant ou étrange de « diplacousie », ou plutôt de « myriacousie ».

b) Quand deux violonistes jouent à l'unisson, l'attaque du son n'a jamais lieu au même instant mathématique; les deux cordes ne vibrent jamais, ne peuvent jamais vibrer « synchroniquement »; par conséquent les deux sons arrivent toujours à l'oreille avec une différence de phase. Néanmoins il ne se produit rien de ce que vous craignez.

Qu'ajoute à ces faits, au point de vue du « synchronisme », ma double voie de conduction ? — Presque rien, en vérité. Cela est facile à voir.

1° Par l'effet de la « différence de phase » constatée plus haut, la différence des temps d'arrivée au nerf auditif peut atteindre la durée d'une demi-vibration, soit $1/870$ de seconde pour le *la* du diapason, ou 2 millièmes de seconde pour les sons situés au milieu de l'échelle musicale.

2° Par l'effet de ma double conduction, le retard des ondes qui suivent la voie efficace atteint tout au plus les $3/4$ de la quantité

$$\frac{\text{longueur du conduit auditif}}{\text{vitesse du son dans l'air}} = \frac{0^m22}{340^m}$$

c'est-à-dire 4 ou 5 millièmes de seconde : ce retard est 500 fois plus petit que le précédent, c'est-à-dire nul.

J'en conclus que votre objection gagnerait à être formulée tout autrement, comme ceci, par exemple : si la voie rapide ne procure à la vibration qu'une avance de quatre millièmes de seconde, comment peut-elle jouer le rôle *avertisseur* que je lui attribue ?

Je répondrai en toute franchise que ce rôle *avertisseur* m'a été inspiré par le *désir* qu'a tout théoricien d'expliquer le « pourquoi » des faits constatés. Or le fait de la double conduction, par les parties solides et les parties aériennes de la conque, est admis à peu près unanimement, sauf par vous peut-être¹. Non seulement je crois à cette double conduction, mais je me figure qu'elle est avantageuse. Ai-je raison ? Ai-je tort ? — Je réponds sans crainte que l'on ne peut me combattre ou m'appuyer que par des « hypothèses ». C'est ainsi que procèdent obligatoirement tous les théoriciens, puisqu'ils *n'ont jamais vu* (j'ai insisté ailleurs sur ce point) les vibrations de l'air sonore, ni celles des cartilages conducteurs. Il n'est pas possible de procéder autrement, étant donné l'état d'enfance de l'acoustique contemporaine, et l'état encore plus rudimentaire de nos connaissances sur le fonctionnement de l'appareil auriculaire, en gros ou en détail.

Mais on a le droit et le devoir de demander à ces « hypothèses », *qui sont le fonds de toutes les théories*, d'être au moins plausibles, et c'est ce qu'elles ne sont pas toujours. Je citerai en exemple l'une des plus célèbres, celle de Helmholtz sur la résonance des fibres de Corti. Cette hypothèse n'est rien moins

1. La conduction par l'air du conduit est admise couramment. Comme « preuve » de la conduction solidienne, j'ai cité l'expérience d'audition téléphonique avec un fort tampon de coton bouchant le conduit. Qu'objectez-vous à cette « preuve » ?

que plausible, et vous le faites ressortir vous-même (*Archives* de janvier-février 1904, p. 162) en ces termes très probants :

« Ce n'est pas une des moindres absurdités des théories classiques, que d'avoir pu supposer un instant que, dans un organe vivant et soumis à toutes les vicissitudes de la pression, de la circulation, de la nutrition, de la vie, une partie quelconque pouvait rester toute la vie assez identique à elle-même pour garder l'accord et rester constamment adaptée à une même périodicité vibratoire ».

La question est donc de savoir si je puis fournir une « hypothèse plausible » en faveur du rôle avertisseur que j'attribue à la voie solidienne. Cela ne me semble pas douteux, puisque le domaine des hypothèses est illimité. Je puis même en fournir plusieurs.

a) On a constaté des pertes d'une demi-onde dans nombre de phénomènes de réflexion et de réfraction lumineuse ; on a constaté une perte semblable en acoustique dans la réflexion à l'extrémité d'un tuyau ouvert : nul doute qu'il ne se produise quelque perte du même genre, soit à l'entrée du conduit auditif (réflexion sur un gaz), soit sur le tympan (réflexion sur une membrane), soit à la pénétration des ondes dans le pavillon (réfraction dans un solide), soit dans la traversée des plages où le conducteur solide est discontinu, etc. Ainsi notre retard de 4 millièmes de seconde deviendrait un retard de 2 millièmes, ou plus encore (différence de phase).

b) Le moment de la haute mer (maximum de chaque marée océanique) devrait coïncider, pour un lieu donné, avec le passage de la lune au méridien. En réalité, il subit un retard de plusieurs heures, appelé *établissement du port*. Ce retard varie pour chaque port, principalement avec la configuration des côtes ; il est de 3^h46^m à Brest, de 12^h13^m à Dunkerque. Il existe aussi des retards dans l'établissement du courant électrique, principalement sur les câbles sous-marins ; etc. Il est plausible d'admettre aussi un retard pour l'établissement du son dans l'oreille, puisque les sons produits par une cause instantanée durent environ 1/10 de seconde ; et ce retard doit varier pour le pavillon et pour le tympan, comme l'établissement de la haute mer varie pour Brest et pour Dunkerque. Ce retard différentiel permet l'avertissement par la voie solidienne.

c) Un tuyau d'orgue ne répond pas instantanément au vent du soufflet ou à l'abaissement de la touche ; c'est pour cela que les « traits » sont moins rapides sur l'orgue que sur le piano. Peut-on affirmer que l'air du conduit auditif ne soit pas un peu

pareseux pour admettre la vibration, et ne se mette pas en retard comme les tuyaux?

d) On a souvent parlé de la « résonance » du conduit auditif. Or, cette résonance exige la formation d'ondes stationnaires dans le conduit, et ces ondes stationnaires demandent du temps pour se former. Ces périodes de temps sont d'ailleurs variables avec la hauteur du son; elles sont plus brèves pour les sons aigus. Il en résulterait que ce « temps perdu » permettrait l'avertissement; de plus cet avertissement serait moins efficace pour les sons aigus; et c'est probablement ce qui arrive, puisque les sons aigus blessent le nerf auditif plus vivement que les sons graves.

Je m'arrête dans cette énumération d'« hypothèses plausibles » qui répondent à une objection que je me suis faite à moi-même. Avant de revenir aux vôtres, je dois examiner le cas où votre objection de la diplacousie est seulement exagérée, c'est à dire est fondée en partie.

Lorsqu'un son, bref ou soutenu, est produit dans une salle, que se passe-t-il? J'ai dit ailleurs que toute salle constitue un véritable kaléidoscope acoustique, qui crée dix, vingt, cent... sources sonores virtuelles, inégalement distantes de l'oreille, et qui produit les phénomènes qualifiés improprement de « résonances ». Ce fait a une influence marquée sur le *timbre*, puisqu'il y a des salles où les instruments sonnent bien, d'autres où ils sonnent mal. Or il est aussi des oreilles qui entendent bien certains sons, mal certains autres. Ma théorie de la double conduction, qui doit produire un retard fixe dans une oreille donnée, expliquerait alors, par des interférences, pourquoi certains sons ne sont pas entendus. Il est vrai que ces faits, non expliqués aujourd'hui, ne seraient plus de la diplacousie proprement dite, mais de l'anacousie.

B. — Vous vous étonnez que je dise : « à l'état ordinaire, le tympan n'est pas tendu ». Pourquoi cet étonnement? J'ai donné des raisons qui démontrent l'« absurdité » de la croyance à une tension perpétuelle; j'ai dit qu'elle exigerait des muscles tenseurs infatigables; or ce genre de muscles n'existe pas. J'ajoute qu'un tympan ou une fenêtre ovale perpétuellement tendus s'allongeraient à la longue. Pouvez-vous réfuter ces raisons?

J'ajoute encore que mon affirmation de la non-tension est éminemment raisonnable. Si le tympan était tendu par le manche du marteau, il devrait nous présenter une surface *conique*; s'il était tendu par la « pression » de l'air du conduit,

sa surface serait partout *concave*. Or elle n'est ni conique, ni concave. C'est aux partisans de la tension du tympan qu'il faut demander l'explication de cette surface mi-creuse, mi-bossuée, que décrivent tous les auristes. Je crois qu'ils seraient dans l'impossibilité de la fournir.

J'ai développé longuement des considérations du même ordre dans ma théorie de la *Phonation*, à l'encontre des *cordes vocales* qui ont été vues courbes dans beaucoup de cas par tous les laryngologistes : ces courbures très variées sont incompatibles avec l'« hypothèse » de la tension des cordes vocales, qui doit être rejetée pour une foule d'autres raisons. J'attends toujours les réfutations.

C. — Je prétends que le tympan est tendu *occasionnellement* par la chaîne des osselets, et vous dites : « Cette conception tout à fait gratuite nous ferait également supposer que la Nature méconnaît absolument les lois les plus élémentaires de l'économie organique ! Quelle accumulation d'organes, inutiles à la théorie acoustique, etc. »

Vraiment je me demande où vous voyez cette « accumulation d'organes, inutiles à la théorie acoustique » ! Évidemment vous ne visez pas le tympan, dont l'utilité n'est ni contestée, ni contestable. C'est donc la chaîne des osselets seule qui est incriminée. Or elle est tout aussi utile à ma théorie qu'à toutes les autres. Elle remplit les mêmes fonctions ; seulement elle les remplit, non d'une façon continue, mais d'une façon intermittente, ce qui est plus raisonnable ; et de plus ces fonctions s'énoncent tout autrement.

1° Par un bout (manche de marteau), elle tend le tympan, afin de *diminuer* sa réceptivité à l'égard des ondes trop violentes qui blesseraient le nerf auditif¹ ;

2° Par l'autre bout (étrier), elle *donne du jeu* aux liquides duabyrinthe, qui, s'ils subissaient une « pression » trop forte, pourraient briser les parois, ou suinter à travers elles, comme l'eau suintait à travers la sphère d'or dans l'expérience célèbre des Académiciens de Florence ;

3° Par sa discontinuité, elle *arrête* les vibrations qui tenteraient de se propager le long de ses articles, et qui *doivent* suivre une autre voie.

1. Je dis le nerf auditif, et non le tympan. Voir dans les *Archives* (sept.-oct. 1904, p. 506) les expériences de T. Manciola : il ne brisa aucun tympan de lapin en produisant des détonations à quelques centimètres de leur oreille, et ces détonations ont provoqué chez lui-même « quelques bourdonnements et une légère surdité qui ont persisté pendant quelques heures ».

Ce sont là des fonctions de protection, et non plus de conduction ; mais leur importance est-elle moindre ?

Je trouve que la Nature s'est montrée très économe, puisqu'elle n'emploie que trois petits os et deux petits muscles pour remplir ce but de triple protection. Elle s'est montrée plus prodigue en faveur du nerf optique ; à sa protection coopèrent : 1° un diaphragme compliqué, l'iris ; 2° deux chambres contenant des liquides qui éteignent toutes les radiations, sauf une octave ; 3° deux paupières ; 4° des cils, des sourcils, des membranes, etc. ; et nul ne songe à lui faire grief d'avoir accumulé tant d'organes de protection.

D. — Vous dites encore : « Et ce tympan non tendu, quel pauvre intermédiaire fera-t-il entre l'air vibrant du conduit et son cadre rigide ? »

Pour lever cette objection, il suffit de se reporter aux expériences que faisait Tyndall, dans le but de rendre visible le phénomène de la propagation des ondes. Il se servait d'une corde *non tendue*, dont une extrémité était fixée au mur, et l'autre tenue à la main. En secouant celle-ci, on fait naître à volonté une ou plusieurs ondes successives de grande amplitude dont on suit facilement la lente progression le long de la corde lâche. Lorsqu'une onde arrive à l'extrémité fixe et s'y réfléchit, elle produit un choc, une saccade très manifeste, et cette saccade témoigne de la traction énergique que la corde non tendue exerce sur son point d'attache. Les ondes qui agitent le tympan non tendu courent beaucoup plus rapides, et à fortiori exercent aussi des tractions énergiques sur le cadre ; il n'en saurait être autrement.

E. — « Aucune vibration ne passe par l'intérieur de la caisse...
« On s'explique difficilement la sérénité de l'air tympanique...
« Comment fait-il pour ne pas vibrer ? » etc.

J'ai souvenir d'avoir discuté autrefois avec un inventeur, dont la conviction était que les marins utilisent bien mal la force du vent ! Le principe de sa découverte était celui-ci : puisque le vent pousse le bateau en agissant sur une voile unique, que ne dispose-t-on, à la suite les unes des autres, deux voiles, trois voiles... vingt voiles ? La force de propulsion du vent sera multipliée autant qu'on le voudra !

Cet inventeur ne se doutait pas que, derrière la première voile, on est à l'abri, au calme plat ; le vent n'y souffle pas, il est mort ! De la même façon s'explique la « sérénité » de l'air tympanique.

Je reconnais pourtant (comparaison n'est pas raison) que l'assimilation est un peu forcée. Sans entrer dans des détails

inutiles, je crois que l'air de la caisse vibre *très légèrement*. C'est pour cela que la caisse a de grandes dimensions, et des parois présentant une vaste superficie ; de cette façon, l'ébranlement que l'air inclus peut communiquer à l'unité de surface devient inappréciable.

F. — « Pour la transmission sonore, pour la conduction, « pour le rayonnement acoustique, une oreille rigide, ossifiée, « scléreuse sera le meilleur *conducteur*, le milieu idéal. Ce sera « également la pire des oreilles ».

Je suis absolument de cet avis ! Mais ce n'est pas là une objection à ma théorie : avant d'être un appareil de « *conduction* », l'oreille est un appareil de *réception*. Or « une oreille rigide, ossifiée, scléreuse » serait « le pire » des *récepteurs* : les vibrations aériennes se réfléchiraient admirablement sur sa surface ; rien ne pénétrerait, et « le meilleur des conducteurs » n'aurait rien à conduire.

G. — « Le cartilage du pavillon, malgré ses fragmentations « et son enveloppement dans une peau grasse et molle, le cartilage du conduit, malgré ses incisions, tout cela devient « d'*excellents conducteurs* ».

Mais je n'ai pas dit cela du tout ! J'ai écrit ceci : « les vibr. a^3 qui frappent le pavillon sont en grande partie réfléchies ; une faible portion pénètre dans le cartilage sous forme de vibr. a^8 , et arrive comme vibr. a^{10} au labyrinthe ».

Or, voici la traduction en langage ordinaire de ces deux lignes un peu trop algébriques.

1^o Le pavillon est un *récepteur très défectueux* : sur mille vibrations, il en laisse pénétrer une seule.

2^o La *conduction se fait mal* du pavillon au labyrinthe : les vibrations admises y perdent les 99 centièmes de leur amplitude.

En somme, si l'amplitude des vibrations aériennes est représentée par 100/000 (cent mille) à l'entrée, elle sera réduite à 1 (un) à l'arrivée, pendant le trajet sur la voie rapide.

Cette réduction formidable, certes, n'est pas le fait d'« excellents conducteurs », et je commence à croire que je les ai trop dépréciés, au lieu de les vanter, comme vous le croyez.

Je ne pourrais, sans beaucoup de longueurs, répondre comme il convient à vos autres critiques.

Il en est que je saisis mal, celle par exemple qui concerne le rôle de la trompe d'Eustache. La croyez-vous utile ? ou inutile ? ou nuisible ? Etes-vous d'avis qu'elle sert à autre chose qu'à rendre égales les pressions moyennes de chaque côté de la membrane tympanique ? — Je ne sais.

Il en est d'autres qui sont d'un ordre tout spécial : elles naissent du conflit de nos théories personnelles, et pour y répondre je serais obligé de discuter votre théorie. Cet examen critique ne saurait être fait incidemment ; il mérite d'être traité directement. Je suis prêt à le faire, pour peu que la chose vous agrée.

Je termine par une constatation. Le point capital, le nœud de ma théorie, ce qui constitue sa partie originale, c'est le rôle que j'attribue à la membrane du tympan. J'en fais un transformateur, presque parfait, qui transporte sur le rocher toute l'énergie des ondes aériennes qu'il reçoit du conduit auditif.

Or, vos critiques portent uniquement sur des points accessoires ; elles respectent le point principal : c'est donc que cette base de ma théorie offre quelque solidité. Je suis heureux de constater ce fait et d'en prendre acte.

A. GUILLEMIN,

Professeur de physique à l'École de médecine d'Alger.

RÉPONSE A M. LE D^r MARAGE

Mon cher confrère,

Aux arguments scientifiques par lesquels j'ai combattu votre théorie de l'audition, vous répondez qu'en 1902, l'Académie de Médecine vous a décerné le prix Meynot.

Certes, on ne s'attendait guère

A voir l'*Ac. de méd.* en cette affaire !

Mais à quoi sert de s'étonner ? — Je vous suivrai donc sur le nouveau terrain où il vous a plu de me conduire. Votre cause n'y gagnera rien ; car j'apporte à mon tour ma déposition.

Sachez donc que, en 1904, l'Académie des Sciences m'a décerné le prix Trémont, pour mes travaux sur l'Acoustique. Or, parmi ces travaux figurent, d'une part ma théorie de l'audition, d'autre part mes critiques à l'adresse des théories de M. Marage.

Par conséquent, *s'il est vrai*, comme vous paraissez le croire, que vous ayez gagné votre procès en 1^{re} instance, en 1902, devant l'Académie de Médecine, *il est vrai également* que vous l'avez perdu en appel, en 1904, devant l'Académie des Sciences.

La cause est entendue.

A. GUILLEMIN,

Professeur de physique à l'École de médecine d'Alger.

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — PUBLICATIONS DE LANGUE FRANÇAISE SUR LA LARYNGOLOGIE EN 1904

par Georges DIDSBURY

Les travaux les plus abondants de cette année ont porté sur la chirurgie : il faut mentionner un certain nombre d'observations de corps étrangers pour lesquels la thérapeutique a utilisé les procédés de bronchoscopie.

Les travaux mentionnés ou analysés sont classés par noms d'auteurs et par ordre alphabétique. L'ordre suivi est celui-ci : 1^o Anatomie et physiologie; 2^o Pathologie chirurgicale; 3^o Pathologie médicale; 4^o Thérapeutique; 5^o Instruments et appareils; 6^o Divers.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

BONNIER. Une théorie de la voix (*Revue scientifique*). — Analysé in *Archives internat.*, n^o 1, janvier-février 1904, p. 308 et 309.

BROECKAERT. Recherches sur les artères du larynx (*Presse otolaryngologique belge*, n^o 5, mai 1904). — Analysé dans *Compte rendu Société française de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 2 mai 1904. — *Archives internat.*, supplément au n^o 4, juillet-août 1904.

François-FRANCK et HALLION. Innervation du larynx par les récurrents (*Société de biologie*, 9 juillet 1904). — Analysé dans *Arch. intern.*, sept.-oct. 1904, n^o 5, p. 719.

François-FRANCK. Explorations graphiques et photographiques simultanées des mouvements intrinsèques du larynx (*C. R. Société de biologie*, Paris, 1904, LVI, 960-964).

Après avoir bien décrit sa technique sur le chien engourdi par la chloralose, l'auteur précise : 1^o L'action des muscles crico-thyroïdiens : quand on excise soit le laryngé externe, soit le muscle crico-thyroïdien d'un côté, on voit la région aryténoïdienne s'élever en bloc et se dévier du côté excité; si l'excitation est bilatérale, la région tout entière s'élève sans déviation, sans le mouvement de bascule qui paraît avoir été admis théoriquement;

2^o Le déplacement du cricoïde est bilatéral et symétrique dans l'excitation unilatérale des nerfs moteurs crico-thyroïdiens; mais le mouvement du côté opposé au côté excité est notablement réduit : il n'y a pas cependant l'action bilatérale croisée des nerfs moteurs;

3° Le nerf laryngé externe reste le principal nerf moteur crico-thyroïdien, mais il partage cette innervation avec le laryngé moyen d'Exner; grâce à ce nerf, l'innervation laryngée paraît plus étroitement associée à l'innervation motrice du sphincter pharyngien.

GELLÉ. De la rapidité des mouvements articulatoires comme cause de défauts de prononciation (*C. R. Société de biologie*, 1904, t. LVI, p. 513-516).

L'auteur met en évidence, dans une série d'expériences, la rapidité avec laquelle les multiples mouvements associés au langage se succèdent, ce qui conduit à la nécessité de diriger le jeune âge dans ses efforts phonatoires, car la possession du langage articulé est loin d'être naturelle.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Cancer. Tumeurs.

ARSLAN. Traitement chirurgical des épithéliomes du larynx par la voie naturelle (*Ann. des mal. de l'or.*, février 1904). — Analysé dans *Arch. intern.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1013.

CASTEX. Polypes du larynx. Observations et technique opératoire (*Bulletin de laryngol.*, 30 déc. 1903). — Analysé dans *Arch. intern. de laryngol.*, n° 2, mars-avril 1904, p. 680.

CHAUVEAU. Tumeurs de l'épiglotte (*Arch. intern.*, n° 4, juillet-août 1904). — *Recueil de faits cliniques*, p. 230.

Prof. G. FERRERI. Tumeurs symétriques des cordes vocales (*La Parole*, octobre 1903).

Comme il arrive rarement de rencontrer deux ou plusieurs tumeurs endo-laryngiennes, l'auteur relate l'observation et l'autopsie de son cas. Le diagnostic histologique des tumeurs trouvées symétriquement sur les deux cordes est le suivant : « Fibro-myxome avec dégénérescence hyaline des vaisseaux; infiltration de la muqueuse des cordes vocales; dégénérescence hyaline partielle de la muqueuse dans les couches les plus voisines de l'épithélium de revêtement et dans les parties touchant à la tumeur. » Ce cas de tumeurs symétriques est infiniment rare; jusqu'à présent on n'en connaissait que deux, l'un décrit par Von Stein et Juschenkoff, l'autre par Sir Felix Semon.

PIERRE (Berck-sur-Mer). Les polypes de l'œsophage ou du pharynx laryngé (*Arch. intern.*, n° 1, janvier-février 1904).

Il s'agit d'un très volumineux polype qui fut rejeté de la bouche par un effort de vomissement. Le point d'implantation de cette tumeur était bas, à peine accessible au bout du doigt, environ à la hauteur du cartilage thyroïde, à gauche, sur la paroi postéro-latérale du pharynx laryngé : le pédicule fut lié et sectionné d'un coup de ciseau courbe, sans hémorragie. La longueur de cette tumeur était 14 cent. sur 4 cent. 1/2 de large. Au point de vue histologique, c'était un fibro-lipome très vasculaire.

Ce cas était remarquable par la presque absence de symptômes.

LABARRIÈRE, d'Amiens. Polype des cordes vocales (*Revue hebdom. de laryngol.*, 27 fév. 1904).

Observation d'un malade opéré avec succès.

SCHIFFERS. Myxome du larynx (*Société belge d'otol. et de laryngol.*, 11 et 12 juin 1904).

Cette variété de tumeur est rare. Elle est appelée classiquement œdème localisé à tendance hypertrophique. Le myxome vrai du nez est moins récidivant que celui-ci : il s'agit d'une femme de 34 ans présentant une dysphonie passagère; toux légère sans dyspnée; tumeur du volume d'un pois sur la corde vocale. Le myxome est une sorte de fibrome œdémateux; dans l'autre variété, ce sont les cellulules qui prédominent.

SCHIFFERS. Épithéliome sous-glottique. (*Société belge d'otol. et de laryngol.*, 11 et 12 juin 1904).

Homme de 57 ans; tumeurs datant d'un an sans symptôme particulier, du volume d'un haricot. Ce cas est favorable à la thyrotomie, la guérison peut se maintenir un grand nombre d'années.

TRÉTRÔP. Polype vocal (*Société belge d'otol. et de laryngol.*, 11 et 12 juin 1904).

Aphonie datant de huit mois par polype polykystique de la corde vocale gauche. Ablation. Guérison.

H. CABOCHE et PAISSEAU. Sarcome secondaire métastatique de la zone sous-glottique du larynx (*Ann. des mal. de l'or*, 1903, p. 545).

Il s'agit d'un sujet syphilitique qui présentait du cornage et de la dyspnée provoqués par deux tuméfactions sous-cordales semblant se réunir sous la commissure et dépassant de beaucoup le bord libre des cordes qui étaient mobiles. La trachéotomie fut pratiquée d'urgence quelques heures après ce premier examen, et la mort survint rapidement après. A l'autopsie, on constata une tumeur mammaire du côté gauche, de la grosseur d'une petite noix; à l'ouverture du thorax, on tomba sur une grosse masse rétro-sternale du volume du poing, fibreuse, d'un blanc rosé à la coupe. Les tumeurs du larynx, si volumineuses chez le vivant, sont trouvées fort affaissées sur le cadavre. La tumeur médiastine fut considérée comme primitive; c'était un sarcome globo-cellulaire dont les mêmes éléments se retrouvèrent dans les tumeurs laryngées. Il s'agit donc bien, en dépit de l'autorité de Fauvel et de Mackenzie, d'un cancer du larynx dû à une métastase. Diverses conditions expliquent cette opinion : d'une part la récente application relative au laryngoscope nécessaire pour voir la tumeur chez le vivant et l'affaissement de ces tumeurs sur le cadavre, condition qui diminuait encore la chance d'une trouvaille d'autopsie.

Traitements opératoires.

CASTEX. Laryngotomies et laryngectomies (*Congrès français de chirurgie*, octobre 1903). — Analysé in *Arch. intern.*, n° 1, janvier-février 1904).

CHEVAL. Laryngectomie totale pour cancer (*Société belge d'otol. et de laryngol.*, 11 et 12 juin 1904).

Présentation de malades. L'auteur considère cette opération supérieure à toute autre, même dans les cas limités.

FAVETTE. Résultats actuels de la laryngectomie dans le cancer du larynx (*Thèse Doctorat*, Montpellier, 11 juin 1904). — Analysé dans *Arch. intern.*, sept.-oct. 1904, p. 697.

FAURE. La voie transhyoïdienne dans l'extirpation des tumeurs de la région glosso-épiglottique (*Bull. de laryngol.*, 30 déc. 1903). — Analysé in *Arch. intern.*, n° 2, mars-avril 1904, p. 685.

GAUDIER. Volumineuse tumeur bénigne du pharynx laryngé. Ablation par la voie transhyoïdienne (*Revue hebdom. de laryngol.*, 5 mars 1904). — Analysé in *Arch. intern.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1011.

GAREL, de Lyon. Cancer du larynx chez une jeune fille de dix-huit ans (*Ann. des mal. de l'or.*, novembre 1903). — Analysé in *Arch. intern.*, n° 1, janvier-février 1904, p. 312.

Georges LAURENS. Lipome de l'épiglotte. Pharyngotomie transhyoïdienne. Guérison (*Revue hebdom. de laryngol.*, 16 juillet 1904). — Analysé dans *Arch. intern. de laryngol.*, sept.-oct. 1904, n° 5.

LE BEC et RÉAL. Laryngectomie (*Ann. des mal. de l'or.*, octobre 1903). — Analysé dans *Arch. intern.*, n° 1, janv.-fév. 1904, p. 312.

LE BEC et RÉAL. A propos de la laryngectomie (*Ann. des mal. de l'or.*, janvier 1904). — Analysé dans *Arch. intern.*, n° 2, mars-avril 1904, p. 684.

MOLINIÉ, de Marseille. Un cas de laryngectomie totale (*Société française de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 2 mai 1904). — *Arch. intern.*, supplément au n° 4, juillet-août 1904).

Molinié relate un cas de carcinome du larynx guéri chirurgicalement par la laryngectomie totale; le malade succomba au quatorzième jour à une broncho-pneumonie déclarée cinq jours après l'opération. L'asepsie rigoureuse du chirurgien, des aides, de l'opération elle-même et du local est rigoureusement nécessaire.

E.-J. MOURE. Considérations sur la thyrotomie (*Revue hebdom. de laryngol.*, 4 juin 1904). — Analysé dans *Arch. intern.*, sept.-oct. 1904, n° 5, p. 722.

E.-J. MOURE. A propos de la thyrotomie dans le traitement du cancer du larynx (*Ann. des mal. de l'or.*, mai 1904). — Analysé dans *Arch. intern.*, sept.-oct. 1904, n° 5, p. 722.

RÉAL. Contribution à l'étude de la laryngectomie totale dans le cancer du larynx (*Thèse*, Paris, 1904). — Analysé in *Arch. intern.*, n° 2, mars-avril 1904, p. 643.

ROUSSY. Cancer du larynx (*Société anatomique*, 5 fév. 1904). — Mentionné in *Arch. intern.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1012.

SEBILEAU et LOMBARD, de Paris. Un cas de laryngectomie totale

(*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 10 mai 1904 et *Société française de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 2 mai 1904).

Présentation d'un malade opéré avec succès de laryngectomie pour cancer, plus d'un an auparavant. Il s'agissait d'un épithélioma intrinsèque du larynx avec diagnostic histologique. Pas de ganglions ni de chondrites. Quelques détails post-opératoires ont eu leur importance dans le succès final : 1° Après l'opération et pendant quelques jours qui suivirent, le malade est maintenu en décubitus très incliné, la tête basse; 2° pansements quotidiens; 3° l'emploi d'une canule à trachéotomie dont l'orifice externe dépasse de deux centimètres le plan cutané, facilite les pansements et empêche les sécrétions de couler sur la ligne des sutures.

SEMON. Thyrotomie et laryngectomie dans le cancer du larynx (*Ann. des mal. de l'or.*, 30 déc. 1003). Réponse à MM. Le Bec et Réal. — Analysé dans *Arch. intern.*, n° 2, mars-avril 1904, p. 684.

CORPS ÉTRANGERS

BÉCLÈRE. Le radio-diagnostic des corps étrangers des bronches. (*Presse Médicale*), 26 déc. 1903, n° 103).

Les corps solides introduits dans les bronches se divisent en deux groupes, suivant qu'ils sont décelables ou non par les rayons X. Les premiers sont les corps métalliques, les cailloux, les os etc. Les seconds sont voisins comme densité des parties molles du corps humain, tels que les graines, le bouchon, les aliments etc., et par conséquent ne peuvent se voir. Les signes fonctionnels qui accompagnent leur introduction sont nuls ou peu pathognomoniques. La radioscopie s'impose donc, elle est, en ce qui concerne le thorax, supérieure à la radiographie : de plus, elle donne le renseignement important de mobilité ou d'immobilité du corps étranger. Règles générales : emploi d'une ampoule réglable, emploi d'un diaphragme iris, ampoule mobile en tous sens. Pour l'emploi de la radiographie, il est de toute importance que le sujet retienne sa respiration pour la netteté de l'image photographique. M. Béclère donne une technique très simple afin de déterminer avec une exactitude pratiquement suffisante le siège du corps étranger, sa hauteur dans le thorax et son éloignement du plan médian antéro-postérieur.

Pour apprécier la mobilité ou non du corps étranger, il suffit de faire tousser le malade, ce qui provoque des déplacements extrêmement rapides de l'ombre du corps étranger.

BOULAY et Georges GASNE. Deux cas de corps étrangers sous-glottiques chez de jeunes enfants (*Bull. et Mémoires de la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie* de Paris, 1903).

Les deux observations suivantes ont comme points communs : la localisation du corps étranger dans la région sous-glottique, la grande difficulté du diagnostic et la facilité relative du traitement.

Dans le premier cas, il s'agit d'une enfant de dix-huit mois

trachéotomisée depuis quinze jours pour des accidents dyspnéiques. Il s'agissait d'un fragment de bouchon que l'enfant s'était introduit dans le larynx et que les difficultés du décanulement firent soupçonner. L'examen laryngoscopique laisse soupçonner un obstacle sous-glottique. Le cathétérisme du larynx est pratiqué avec la canule fenêtrée et les sondes de Boulay. Les sondes refoulent de gros bourgeons saignants qui sont curettés à plusieurs reprises sans résultats appréciables; les bourgeons se reproduisaient sans cesse, lorsque plus tard, en pratiquant un nouveau cathétérisme avec une sonde plus volumineuse, on fit tomber par la fenêtre de la canule une masse brunâtre qui n'était autre que le fragment de liège. Les suites furent simples, et l'enfant guérit sans troubles de la voix.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un enfant de vingt-trois mois qui, comme on lui faisait manger du poisson, fut pris tout à coup de suffocation, de toux et de vomissements avec rejet de deux crachats sanglants; douze heures après, les phénomènes d'asphyxie devinrent tels que la trachéotomie fut faite d'urgence. La décanulation ne fut pas possible, des bourgeons charnus venaient faire saillie dans la lumière de la canule. Un premier examen laryngologique et une exploration pratiquée sous le chloroforme demeurèrent sans résultats. Boulay soupçonnant, à priori, une obstruction sous-glottique, plaça une canule à soupape, et par son ouverture il fut possible de distinguer sur un premier plan des bourgeons charnus, rouges et saignants, et l'extrémité inférieure du corps étranger; à travers la fenêtre canulaire, un coup de curette heureux ramena le corps étranger; c'était une vertèbre d'équille présentant dans ses grandes dimensions 6 à 7 millimètres de diamètre. Les suites furent simples et la guérison fut complète, sans troubles vocaux.

L'exploration méthodique de la région sous-glottique amène au diagnostic et ne nécessite que deux instruments: une canule largement fenêtrée sur sa convexité, et des sondes laryngées de différents calibres. La chloroformisation est inutile.

COMPAIRED (C.). Longue rétention d'un corps étranger dans le larynx d'une fillette de quatorze mois (extraction par les voies naturelles). Guérison (*Archiv. internat. de Laryngologie*, sept-oct. 1904).

Il s'agit d'un cas tout à fait remarquable dans lequel une fillette conserva pendant trois mois une rondelle d'os (provenant d'un biberon) et qui s'était fragmenté spontanément en trois morceaux. L'enfant souffrait de la gorge depuis trois mois, et présentait depuis dix jours des accès de dyspnée et de suffocation. En dépit des difficultés d'examen, l'auteur put cependant apercevoir dans le larynx un corps étranger, et l'enleva avec des pinces en se servant, comme dans la technique, de l'extubation. Un des fragments de la rondelle fut ainsi extirpé; deux autres fragments furent rejetés dans des quintes de toux. La guérison fut rapide et complète.

COUSSIEU (H.). Corps étranger du larynx enlevé par les voies natu-

relles (*Ann. des maladies de l'oreille*, 1904, mars). Analysé in *Archiv. internat.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1010.

P. DEROCQUE. Corps étrangers de la trachée (*Société de Médecine de Rouen*, 1903, 12 octobre).

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui aspira dans son larynx un noyau de cerise.

La trachéotomie fut faite: la narcose fut dramatique; par deux fois l'enfant faillit asphyxier. Cependant le noyau de cerise vint se présenter aux bords de la plaie où il fut facile de le saisir. La température resta élevée pendant quelques jours. La guérison complète fut obtenue.

DJEMIL PACHA (de Constantinople). Corps étranger de la bronche droite extrait par la trachéotomie, présenté par Walther (*Société de chirurgie*, 23 déc. 1903).

Il s'agit d'un enfant de six ans qui avait avalé un étui métallique de crayon.

Ce corps étranger resta sept jours dans la trachée sans occasionner d'autres symptômes locaux qu'une légère douleur. Le huitième jour, l'enfant fut pris de quintes de toux, et en s'appuyant sur les seuls signes cliniques, l'auteur put diagnostiquer un corps étranger dans la bronche droite. Il fit une trachéotomie basse, introduisit une longue pince dans le conduit aérien, et parvint à extraire le corps étranger quimesurait 4 cent. de long sur 8 millimètres de large. L'enfant fut guéri en huit jours.

DURAND et GAREL (de Lyon). Corps étranger du larynx. Aiguille extraite par thyrotomie verticale (*Arch. intern. de laryngol.*, n° 2, mars-avril 1904).

Les deux points principaux de cette observation sont que l'aiguille a pénétré dans les voies respiratoires en traversant la paroi pharyngolaryngienne, et que son ablation a nécessité la thyrotomie. Ce cas est loin d'être fréquent. La voie laryngée était inutilisable à cause de l'implantation solide et oblique de l'aiguille. La thyrotomie verticale et médiane fut donc imposée et pratiquée sans trachéotomie préalable. L'opération faite, l'ablation de l'aiguille fut d'une extrême facilité, et le larynx put être suturé sans aucune crainte. Les parties molles ne furent pas suturées complètement. Voyant que l'air filtrait à travers la plaie laryngée au moment des grandes expirations, qui faisait le malade anesthésié, on redouta l'emphysème. Le malade réveillé, la respiration redevenue normale, l'air ne filtrait plus. On peut donc fermer complètement la plaie avec un petit drainage; l'emphysème n'est pas à redouter si la suture de l'ouverture laryngée ou trachéale est solide. Le rétablissement complet des fonctions laryngiennes se fit classiquement.

GUINON. Corps étranger du larynx et des bronches (*Société de pédiatrie*, 19 janvier 1904). — Analysé in *Arch. intern.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1009.

LERMOYEZ et GUISEZ. Histoire d'un clou et d'un noyau de pruneau enclavés dans les bronches (*Bullet. Société Médic. Hôpit. Paris*, 24 déc. 1903).

La thérapeutique des corps étrangers de la trachée est actuellement pourvue d'une nouvelle méthode qui en change complètement le pronostic, la bronchoscopie. Qu'on en juge par ces deux observations: Une jeune femme de vingt-six ans ayant avalé dans un accès de toux un noyau de pruneau, fut adressée à l'Hôpital St Antoine, il y a quelques années. La santé était déjà atteinte; le lendemain de son entrée, elle avait perdu l'appétit, respirait avec peine et ressentait dans le quatrième espace intercostal gauche, à un centimètre du bord sternal, une douleur fixe, irradiée vers l'espace inter-scápulo-vertébral, et exaspérée par toute respiration profonde. Des signes généraux rapidement graves provoquent une intervention. Une large trachéotomie ne suffit pas à extraire le corps étranger, et, quinze jours après, la malade mourut de broncho-pneumonie. Il n'y eut pas d'autopsie. La seconde observation est moins tragique. Il s'agit d'un tapissier qui laissa tomber un clou dans son larynx lorsqu'il riait.

La radiographie confirma la présence du clou dans la grosse bronche droite, et sa fixité, les manœuvres classiques sous chloroforme ayant déjà échoué (secousses, chocs sur le thorax en position renversée).

La bronchoscopie, toute récente alors, fut mise en jeu: les premières tentatives par la voie bucco-pharyngée demeurèrent infructueuses, même par accident; le clou fut poussé dans une ramification bronchique plus éloignée. Après la trachéotomie faite, les manœuvres devinrent plus faciles, et un tube de 10 millimètres de diamètre et de 35 cent. de long. ayant été introduit, le clou fut enlevé du premier coup, au moyen d'un électro-aimant spécialement construit par Gaiffe. L'ensemble de cette dernière intervention dura à peine cinq minutes.

La plaie trachéale fut immédiatement décanulée, et le malade guérit rapidement.

LIARAS. De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers animés du larynx (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 12 mars 1904). — Analyse dans *Archives intern.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1010.

LINDT. Technique de la bronchoscopie (*Société médico-pharmaceutique de l'arrondissement de Berne*, 12 janvier 1904).

M. Lindt a, dans une série de démonstrations, exposé sa technique de bronchoscopie. Il a rappelé les résultats déjà obtenus dans l'extraction des corps étrangers des voies aériennes profondes, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Sauf un cas sur dix, il n'eut que des succès. L'anesthésie ne fut pas nécessaire dans tous les cas. Chez certains sujets il fallut, avant de réussir, renouveler les tentatives jusqu'à deux ou trois fois, à plusieurs jours d'intervalle. L'auteur conclut que lorsqu'on possède bien la technique, qui est d'ailleurs simple et ne comporte pas toujours l'anesthésie, la bronchoscopie

est une méthode idéale pour le diagnostic comme pour l'extraction des corps étrangers. Elle doit être employée concurremment avec la radiographie. On peut prendre son temps, quand il s'agit d'une obstruction d'une bronche secondaire. La bronchotomie et l'œsophagotomie externe ne seront désormais employées que comme des pis-aller. Le panier de Graefe déclaré néfaste par l'auteur, a désormais vécu.

Professeur F. MASSEI (de Naples). Corps étranger pharyngo-laryngien (*Arch. intern.*, n° 4, juillet-août 1904).

Ce cas intéressant d'un fragment d'os de poulet pour les trois quarts de sa longueur inclus dans le larynx, le reste dans le pharynx, présente ceci de particulier que le corps étranger a été retiré par les voies naturelles, et que le succès a été déterminé par l'emploi de crochets boutonnés et coudés spéciaux, que l'auteur fait figurer dans son mémoire, et que sans leur aide il n'eût pu mener à bien son intervention.

MEUNIER (de Pau). Corps étranger de la bronche droite extrait après trachéotomie (présenté par Ricard) (*Société de chirurgie*, 17 février 1904).

Il s'agit d'un enfant de trois ans, qui avait aspiré un clou de tapissier. L'accident resta méconnu et l'enfant fit des accidents de pneumonie pour lesquels il fut traité pendant un mois : les irrégularités de température, la constatation d'un foyer de broncho-pneumonie correspondant à la fosse sous-épineuse, c'est-à-dire au niveau du hile du poumon, les quintes de toux provoquées ou exaspérées par certains mouvements, la presque suppression de la respiration à gauche, tous ces signes portèrent M. Meunier à suspecter un corps étranger dans la bronche gauche, ce que la radiographie démontra exact. Une première intervention ne réussit pas : après une trachéotomie préalable, ni l'emploi d'un puissant électro-aimant, ni l'usage de diverses pinces ne permirent d'extraire le corps étranger : il fallut une seconde intervention après repérage sous la radioscopie et l'emploi d'une pince d'une longueur déterminée pour saisir et attirer le clou par la plaie trachéale. Cette observation démontre que les signes cliniques permettent de suspecter un corps étranger, présence que la radiographie doit confirmer bien entendu, que la trachéotomie, opération relativement simple, peut permettre d'enlever les corps étrangers des bronches par les voies naturelles.

SIEBENMANN. Un corps étranger de la trachée (noyau de prune) (*Association centrale des Médecins Suisses*, Bâle, mai 1904).

Ce corps étranger était placé transversalement et implanté par ses pôles piquants dans la paroi trachéale, obstruant une grande partie de la lumière du conduit. L'extraction se fit sous l'anesthésie générale, la tête pendant en arrière, avec un trachéoscope de 9 millimètres de diamètre et le crochet de Lister.

(A suivre.)

II. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 30 juin 1905.

Compte rendu par A. PASQUIER.

Nécrose du maxillaire supérieur d'origine maligne (erreur de diagnostic), par CAUZARD. — Un homme d'une soixantaine d'années, vint consulter, présentant un gonflement d'aspect érysipélateux du côté droit de la face; le nez était dévié à gauche et il n'existait pas de bourrelet caractéristique de l'érysipèle. Le malade se plaignit d'être atteint d'abcès du palais. A l'inspection, on vit qu'il n'existait plus de dents du côté droit du maxillaire supérieur et on constata deux tuméfactions qui, incisées, donnèrent un peu de pus. Une incision, pratiquée au galvanocautère pour atteindre le sinus, ne laissa écouler ni pus, ni sang. Le tissu était seulement infiltré, on pouvait ensuite introduire une sonde dans le sinus, mais une injection tentée fut impossible sans doute à cause des bourgeons.

Le malade niait tout antécédent syphilitique, il se rappelait seulement avoir souffert un peu de la joue en 1870. Après avoir fait le diagnostic de sinusite chronique suppurée avec séquestres, une intervention est pratiquée et l'os est trouvé complètement nécrosé, ce qui fit supposer qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. L'examen histologique, fait à différentes reprises, est maintenant affirmatif et confirme l'existence d'une tumeur maligne.

CASTEX fait remarquer qu'on ne trouve pas de séquestre dans une sinusite; leur présence indique donc une tumeur maligne, mais il est vrai que la tumeur maligne du maxillaire supérieur au début ressemble beaucoup à une sinusite chronique.

LERMOYEZ. Non seulement au maxillaire supérieur, mais dans tous les organes, une tumeur maligne au début ressemble à une affection chronique; trois symptômes permettent alors de faire le diagnostic de cancer : 1° la douleur; 2° le gonflement; 3° le liquide liquoreux et fétide qui s'écoule du sinus. Quand le malade mouche ce liquide d'un caractère spécial et non du pus, il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

GELLÉ a observé deux symptômes qu'il juge importants pour faire le diagnostic de tumeur maligne au début : 1° la chute des dents et 2° le larmoiement.

Réflexions sur quatre cas de laryngectomie totale, par CAUZARD.
— L'auteur résume trois observations déjà publiées et rapporte une

quatrième observation inédite, lesquelles relatent quatre cas de cancer du larynx opérés par le Dr Le Bec qui fit la laryngectomie totale.

La première fois, après trachéotomie (en une seule séance).

La deuxième et la troisième fois, après section de la trachée qui était abouchée à la peau (en une seule intervention).

La quatrième fois en deux temps séparés :

1^o Section de la trachée, fixation à la peau ;

2^o Extirpation du larynx, résection du conduit pharyngo-œsophagien.

Sur ces quatre cas, deux fois la désunion de la plaie eut lieu vers le huitième jour. Dans le premier cas, elle amena la mortification des anneaux supérieurs de la trachée et forma un vaste cloaque suppurant d'où émergeait la trachée ; la mort s'ensuivit.

Dans le deuxième cas, la désunion de la plaie n'eut qu'une faible importance, car l'opération avait été faite en deux temps et la trachée ne faisait plus partie en réalité du champ opératoire de la deuxième intervention.

Le Dr Le Bec et Cauzard préconisent la laryngectomie totale en deux temps séparés :

1^{er} temps. — Section de la trachée et fixation des premiers anneaux à la peau ;

2^e temps. — Laryngectomie proprement dite, c'est-à-dire extirpation du larynx suivie de la résection du conduit pharyngo-œsophagien.

LERMOYEZ félicite Le Bec et Cauzard de leurs travaux sur la laryngectomie, parce qu'ils ont le plus contribué en France à la mettre en pratique. Si l'on envisage la laryngectomie au point de vue théorique, une extirpation large est utile et se fait depuis longtemps, mais au point de vue pratique, Lermoyez ne croit pas que l'extirpation du larynx devienne du domaine public, à cause de ses graves conséquences. Il préfère la trachéotomie simple à l'extirpation totale ; d'ailleurs n'a-t-on pas remarqué qu'après la seule trachéotomie les douleurs du larynx diminuent et la déglutition devient plus facile. En Allemagne, où l'on obtient quelques succès à la suite de la laryngectomie, ces succès sont dus non seulement à l'opération en elle-même, mais surtout aux soins consécutifs.

CAUZARD croit que le ganglion du cou n'apparaît dans le cancer du larynx que lorsque la paroi œsophagienne est déjà atteinte.

De plus, il confirme l'opinion émise par Lermoyez que les soins consécutifs sont les plus importants pour le succès opératoire, car il est très difficile de maintenir les points de suture de la trachée à la peau, et les complications ne surviennent en général qu'à la suite de l'échappement de ces sutures.

Quelques cas de syphilis (nez, pharynx, larynx), par CASTEX. — L'auteur énumère une série de symptômes qu'il a observés chez des syphilitiques.

Nez. — Un jeune homme atteint d'une infiltration gommeuse de la voûte palatine en avant, présentait en même temps de l'atrophie des deux cornets inférieurs.

Un homme de 58 ans présentait une rétraction concentrique des narines.

Chez un homme âgé, l'atrophie du cornet inférieur gauche cachait un séquestre. La même atrophie fut observée sur un autre syphilitique.

Castex a vu un autre malade présentant de l'hyperostose des os propres du nez.

Chez les femmes, l'ozène classique relève souvent de la syphilis, ainsi que la périostite des os propres du nez et la perforation de la cloison. Il a observé une femme chez laquelle la cloison était complètement détruite, sans que le nez ait modifié sa forme normale.

Pharynx. — Un malade, présentant un chancre de l'amygdale gauche, avait une sensation de grippe, croyait avoir une arête dans la gorge, puis apparut un torticolis expliqué par les ganglions qui existaient sous le sterno-cléido-mastoïdien ; quelque temps après se manifesta la roséole.

Une jeune femme présentant une amygdale gauche énorme et dure, on crut d'abord à du lymphadénome, puis, ayant porté le diagnostic d'hypertrophie simple, l'amygdale fut morcelée. Les suites opératoires parurent d'abord bonnes, puis apparut une ulcération grisâtre, d'aspect diphtéroïde. Il s'agissait d'un bubon amygdalien et l'on reconnut que l'accident primitif siégeait au mamelon.

Larynx. — Castex a observé un chancre de l'épiglotte. La tuméfaction droite et douloureuse de l'épiglotte donnait d'abord l'impression d'un épithélioma, puis on fit le diagnostic de chancre, car quelques jours plus tard, on sentit un gros ganglion sous-maxillaire droit, puis les accidents secondaires, plaques muqueuses, se montrèrent sur la verge et à l'intérieur du larynx.

Castex a vu aussi un cas de syphilome avec épaissement léger des cordes vocales, puis un cas de monochordite secondaire.

MAHU ne pense pas que l'atrophie des cornets inférieurs soit un symptôme de syphilis ; la même atrophie existe chez les anémiques, les tuberculeux, les débilités, c'est un symptôme analogue chez ces malades à la pâleur du voile du palais.

COURTADE demande à Castex si le rétrécissement des narines n'était pas précédé de gomme, et comment il l'explique.

CASTEX explique cette rétraction par de la sclérose des tissus.

COURTADE a observé chez les syphilitiques une sécrétion nasale abondante, verdâtre, et les cornets atrophiés, mais si la rhinite atrophique peut exister dans la syphilis, elle n'en est pas un signe. Un symptôme plus précis est de la douleur de la racine du nez. La perforation de la cloison dans la syphilis siège plus haut et en arrière.

VIOLET rappelle l'expérience de Perrèze qui consistait à inoculer des bacilles à des lapins de quelques jours pour obtenir de l'atrophie

des cornets. Il reste à démontrer que cette atrophie est bien due à l'inoculation des bacilles plutôt qu'à un retentissement sur l'état général.

CASTEX fait observer qu'il n'a pas eu l'intention de faire la symptomatologie de la syphilis, mais il a relevé quelques signes qui lui ont paru intéressants. Il n'a pas vu les cornets plus atrophiés chez les maigres, comme le prétend Mahu; il a même observé les cornets atrophiés chez des syphilitiques gras.

CAUZARD a vu de gros cornets même chez les scrofuleux.

COURTADE pense que l'atrophie est difficile à préciser; un cornet paraît atrophié pour un auteur et pour un autre semble normal.

CAUZARD demande à Mahu si, chez les débilités, il y a atrophie de la muqueuse ou atrophie osseuse.

MAHU répond que les cornets sont petits, mais il n'a pas fait d'examen spécial pour s'assurer s'il s'agissait de la muqueuse ou de l'os.

Paralysies transitoires des cordes vocales après la grippe, par CASTEX. — L'auteur cite quelques cas de paralysies des cordes vocales qui disparurent quelque temps après la grippe qui les avait occasionnées et il les explique par une sorte de névrite.

COURTADE. On peut se demander s'il ne s'agissait pas de paralysie véritable. D'après la loi de Stokes, tout muscle sous-jacent à une muqueuse enflammée est paralysé. Il y avait peut-être plutôt parésie que névrite dans les cas cités par Castex.

CASTEX ne le pense pas, car la paralysie ne serait pas bilatérale.

CAUZARD a observé un phlegmon de l'amygdale qui fut suivi d'une paralysie d'une corde vocale. Le malade revu trois semaines plus tard, non seulement la paralysie n'avait pas diminuée, mais l'arthrite était plus intense et l'immobilité de la corde plus complète.

Guérison immédiate d'un cas de rhinite vaso-motrice par l'administration de faibles doses d'iodure de potassium, par KOENIG (sera publié *in extenso*).

Cas d'empyème du sinus maxillaire datant de dix-sept ans, guéri par vingt-sept lavages faits à travers le méat inférieur, par KOENIG (sera publié *in extenso*).

MONNIER demande combien de temps il faut faire des lavages, car il est très difficile de le préciser. Chez quelques malades trois ou quatre injections suffiront; chez d'autres il en faudra un plus grand nombre. Il rapporte le cas d'une malade atteinte de sinusite maxillaire, soignée par des lavages, qui, en se mouchant brusquement, infecta son sinus frontal et provoqua des symptômes inquiétants qui firent regretter de n'avoir pas opéré plus tôt.

Il conclut que si le pus ne diminue pas dans de grandes proportions après les premiers lavages, il faut opérer.

FURET. Lorsqu'après le cinquième ou le sixième lavage, le pus a changé de nature, qu'il sort sous forme d'un petit crachat dans une eau propre, on peut espérer que le malade guérira par des lavages, mais si le pus reste grumeleux, il est inutile d'attendre plus longtemps pour opérer.

II. — SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Président : V. DELSAUX (de Bruxelles)

Compte rendu par BREYRE (de Liège)

Samedi 17 juin 1905

NOMINATION DU BUREAU POUR 1906

Président : LECOQ (de Wavre)

Secrétaire général : BROECKAERT (de Gand)

Trésorier : LABARRE (de Bruxelles)

NOMINATION DES RAPPORTEURS

La chirurgie de l'œsophage : DUCHESNE (de Liège)

Les anesthésiques en oto-laryngologie : BLONDIAU (de Charleroi)

I. — *Présentation de pièces anatomiques et de préparations microscopiques*

SCHIFFERS : a) Préparations microscopiques de *pharyngomycose* ;

b) Coupe microscopique d'un *épithéliome de la luette* présentant macroscopiquement les caractères de cette maladie. Le professeur Schiffers insiste sur la nécessité d'exciser les papillomes bénins de la luette en raison de leur transformation possible en néoplasmes malins, étant donné leur siège qui les expose à une irritation mécanique continuelle ;

c) Coupe microscopique de *papillomes végétants du larynx*. Tumeurs rencontrées chez une dame âgée, et présentant assez bien l'aspect macroscopique de l'épithéliome. L'examen histologique s'impose, de même qu'une surveillance prolongée de l'opérée en présence de la possibilité de méprises et du manque de certitude, même lorsqu'un histologiste compétent s'est prononcé (qu'on se rappelle la discussion Virchow-Mackenzie).

HEYNINX : a) Coupe microscopique de *fibrosarcome sous-glottique* extrait par les voies naturelles ;

b) Coupe microscopique d'*épithéliome perlé* (tumeur saignante du lobule du nez chez une personne de 75 ans).

II. — *Présentation d'instruments*

DELSAUX. — *Amygdalotome* automatique à crosse de revolver. Section rapide et absence de recul pendant la section, une fois la tonsille saisie dans la fourchette.

HEYNINX. — *Amygdalotome* pour enfants. Amygdalotome de Mathieu, de dimensions très réduites. Anneau de 12 millimètres.

HEYNINX. — *Contre-respirateur* intra-buccal, aseptique, ne s'appuyant pas sur les gencives et s'attachant derrière l'occiput à l'aide d'un lien non élastique.

DELSTANCHE. — Un *masque* s'appliquant sur la face d'une façon hermétique, relié à un ballon; entre les deux se place une *ampoule* d'éthylforme dont la *pointe* est brisée automatiquement. Narcose plus rapide avec beaucoup moins d'anesthésique.

BUYS. — Dispositif permettant d'utiliser la *lampe électrique* frontale sans rester en connexion permanente avec la source d'électricité. Les fils sont reliés à une sandale avec plaques métalliques sous la semelle. Ces plaques se mettent en contact avec les bornes d'une batterie.

CHEVAL craint que l'usure de la semelle ne détermine des courts circuits, surtout avec les courants à haute tension et ne donne lieu à des accidents chez l'opérateur.

BROECKAERT. — Nouvel appareil destiné à *stériliser* les instruments tranchants. Petit récipient métallique où l'on fait bouillir de la paraffine à 200°. Au préalable, on trempe l'instrument tranchant dans un mélange d'acide phénique et vaseline aa, qui bout à 160°, puis on plonge quelques instants la lame dans la paraffine bouillante. Elle conserve son tranchant.

BUYS et TRÉTRÔP se servent de paraffine bouillante et ils en sont très satisfaits au point de vue de l'asepsie.

Dimanche, 18 juin, matin

Dans le service du professeur SCHIFFERS (à l'Université de Liège).

Présentation de malades

SCHIFFERS présente : 1° Une personne de 30 ans, atteinte de *perforation de Shrapnell* à gauche, guérie spontanément avec persistance d'une ouïe voisine de la normale. Dans le quart postéro-supérieur, il se trouve une cicatrice provenant probablement d'une perforation. M. Schiffers croit que le drainage s'est opéré par cette voie et il conseille dans les perforations de Shrapnell d'opérer une paracentèse dans la membrane inférieure pour l'écoulement de la sécrétion pathologique;

2° Un enfant de 3 ans, trachéotomisé à 18 mois pour *rétrécissement sous-glottique* dû au tubage prolongé — décanulé après six mois d'effort. Il y a huit jours, l'enfant a été chloroformé aux fins d'examen; la narcose a produit tout au début un spasme glottique qui a nécessité une seconde trachéotomie en un temps. Décanulation le lendemain. L'enfant se porte bien;

3° Jeune homme de vingt ans porteur d'un *Rétrécissement de la trachée* voisin de la forme en fourreau de sabre. Examen laryngos-

copique très démonstratif. Les symptômes sont peu en rapport avec les signes constatés. Corps thyroïde volumineux dans ses lobes latéraux. Respiration très bonne à l'état de repos. Gêne légère pendant la marche et les efforts. Phonation pure;

4° *Hémiatrophie de la langue*. — Homme de 54 ans. Origine probablement bulbaire. Pas de lésions autres : ni laryngienne, ni pharyngienne, ni labiale. Articulation de la parole très gênée.

BREYRE présente un homme de 30 ans, opéré depuis cinq semaines de *sinusite fronto-ethmoïdale chronique* droite par le procédé de Killian. Il y avait en même temps suppuration chronique de l'antrum d'Highmore du même côté. Opération de Luc dans une seconde séance.

Le malade n'a plus de sécrétion antrale. Le méat moyen donne encore un peu de muco-pus. Déformation à peine visible (sera publié *in extenso* dans les *Archives*).

JACQUES (de Nancy) est étonné du peu d'étendue de la déformation frontale chez le malade présenté, déformation qui ne semble pas en rapport avec les dimensions d'un sinus frontal justiciable de l'opération de Killian. Si, comme le dit Breyre, le sinus s'étendait jusqu'au voisinage de l'apophyse orbitaire externe, le cas présent est, au point de vue esthétique, exceptionnellement favorable.

BREYRE. — Les faibles dimensions en profondeur vers le côté externe expliquent le peu de déformation; d'ailleurs le sinus frontal n'est que très rarement étendu dans le sens antéro-postérieur, du moins en dehors.

(N.-B. — Les six malades précédents appartiennent au service clinique du professeur SCHIFFERS.)

BECCO présente un malade atteint de *fibro-euchondro-sarcome des fosses nasales* s'étendant au squelette de la face du côté gauche. Il a été soigné par l'électrolyse dans de très nombreuses séances. Le mal a progressé.

BOVAL présente une malade presque guérie d'une *paralysie faciale d'origine otique*. L'examen détaillé a démontré la participation des nerfs pétreux superficiels, ce qui implique que la lésion siégeait dans le crâne avant la pénétration du facial dans le rocher. Traitement conservateur et électrisation.

GORIS. — a) *Chondrome de la colonne vertébrale*. — Homme de 30 ans; tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde insérée sur la colonne vertébrale, s'étant insinuée sous le pharynx qu'elle refoula devant elle. Trachéotomie préalable. Incision de la muqueuse, dissection aux ciseaux de la tumeur d'avec ses insertions vertébrales; suture, drainage, réunion *per primam*.

b) *Sarcome de l'ethmoïde*. — Homme de 25 ans, trachéotomie préalable; résection temporaire de l'auvent nasal, extirpation d'un fibrosarcome implanté sur l'ethmoïde qu'il résèque en même temps. Guérison.

LAURENS (de Paris) demande à Goris pourquoi il fait la trachéotomie; la position de Rose ne suffit-elle pas?

GORIS répond que la trachéotomie est une opération bénigne dans ces cas, qu'elle donne toute sécurité et que la position de Rose augmente notablement la perte de sang.

c) Femme de 48 ans opérée de *laryngectomie* pour cancer il y a neuf mois. Pas de récurrence. État général excellent. Voix pharyngienne suffisamment intelligible. Moral parfait. C'est la première fois que l'auteur a pu faire une laryngectomie précoce sans qu'aucun traitement eût été institué au préalable. A l'examen laryngoscopique, on pouvait croire à l'existence d'une petite nodosité de la corde. Or, à l'examen biopsique de la pièce que l'auteur présente, l'envahissement par le néoplasme est déjà notable. Le cancer occupe en surface une étendue d'une pièce de deux francs; il est sus et sous-glottique et a une épaisseur de plus d'un centimètre. Un essai d'autoplastie renversée dans le but de créer deux lames vibrantes n'a donné que des résultats très passagers.

DELSAUX. — Une femme de 30 ans, opérée il y a quatre mois d'une *sinusite fronto-ethmoïdo-maxillaire chronique*. Procédé : une seule incision partant de l'angle interne de l'œil jusqu'au sillon latéral de l'aile du nez.

Rugination du périoste; résection de la branche montante du maxillaire, du plancher du frontal, de l'ethmoïde; ouverture de l'antre d'Highmore par la même brèche sans atteindre la muqueuse buccale. Drainage par le nez. Guérison radicale.

Nouvelle présentation de pièces anatomiques et anatomo-pathologiques.

SCHIFFERS. — 1° *OEsophage* d'une personne de 20 ans, ayant succombé à la suite d'une *perforation par sondage*. Déglutition d'un caustique quatre semaines avant le sondage. Après vingt jours, la déglutition étant absolument impossible pour les liquides, le cathétérisme fut pratiqué sans éprouver de résistance. La malade avala immédiatement après un verre d'eau avec avidité, sans accuser autre chose qu'une douleur à l'épigastre, phénomène qu'elle avait éprouvé depuis le moment de l'accident. Mort le surlendemain. L'autopsie révéla l'existence d'une brûlure d'un centimètre à la partie supérieure, une brûlure circulaire au niveau du cardia, enfin une brûlure de plusieurs centimètres au niveau du pylore. La nécessité d'une gastrostomie avait été envisagée. Le sondage avait été pratiqué avec beaucoup de précaution dans le but de porter le diagnostic du siège et en vue d'un soulagement de la malade qui ne pouvait plus avaler même de l'eau depuis deux jours. Aucune lésion buccale ni pharyngée;

2° *Frontal* provenant d'un garçon de 14 ans, ayant succombé à une méningite, suite de sinusite frontale. L'enfant n'avait pas été soigné jusqu'au moment où la suppuration se fit jour à l'extérieur;

3° *Abcès latent du cervelet*, consécutif à une otite moyenne purulente compliquée chez une enfant de 10 ans. Les symptômes étaient ceux de la méningite avec phlébite du sinus caverneux. Pas de signe

d'affection cérébelleuse, ni vertige, ni ataxie. La malade était venue à pied quelques jours auparavant à la clinique;

4° *Abcès subdural et méningite*. — Pièce relative à un homme ayant succombé à une otite moyenne suppurée ancienne réchauffée, sans soins.

L'auteur signale en passant la difficulté du diagnostic des affections cérébrales compliquant les otites, surtout lorsque plusieurs de ces complications sont associées. Nécessité pour le médecin auriste d'étendre ses connaissances en neuro-pathologie.

CHEVAL, DE STELLA et DELSAUX ont vu des accidents mortels survenir à la suite du cathétérisme de l'œsophage. La gastrostomie devra toujours être envisagée lorsque la sténose est trop prononcée.

DELSAUX signale l'élégant procédé de Glück qui fait l'œsophagotomie externe combinée à la gastrostomie; l'orifice œsophagien et l'orifice gastrique externe sont reliés par un tube prothétique: le malade mastique, déglutit, mais les aliments passent par un œsophage artificiel pour aller dans l'estomac. Les résultats seraient très encourageants.

BROECKAERT présente une pièce anatomique pour faire la démonstration d'un nouveau procédé de *cure radicale des pansinusites* (la malade présentée par Delsaux a été opérée par ce procédé).

Cette pièce très démonstrative montre combien le procédé de Broeckeaert donne un jour excellent sur tous les sinus.

Voici le mode opératoire :

1^{er} temps : Incision intéressant peau et périoste, partant du tiers moyen du rebord orbitaire, suivant le sillon naso-génien jusqu'à la narine, en forme d'S à gauche et d'g renversée quand on opère à droite;

2^e temps : Rugination et rabattement des parties molles; mise à nu de l'os propre du nez, de l'épine nasale du frontal, de l'apophyse montante du maxillaire, de l'unguis, de l'os planum;

3^e temps : Agrandissement de l'orifice piriforme en supprimant la branche montante, l'os unguis, une partie de l'os propre, l'épine nasale du frontal et l'os planum dans une grande étendue;

4^e temps : Ethmoïdectomie d'après Moure;

5^e temps : Mise à nu de la paroi antérieure de l'antre d'Highmore jusqu'au trou sous-orbitaire. Résection de cette paroi, de l'angle dièdre naso-maxillaire et de la paroi interne du sinus. Conservation du rebord orbitaire inférieur. Curettage du maxillaire;

6^e temps : Résection de la paroi antérieure et curettage du sinus sphénoïdal;

7^e temps : Curettage frontal. Conduite variable suivant les dimensions. Ne pas dépasser la poulie du grand oblique;

8^e temps : Suture des parties molles.

La chirurgie du cancer du larynx, par CHEVAL, rapporteur. — L'auteur examine d'une part les méthodes curatives :

a) Ablation par les voies naturelles;

b) Thyrotomie;

c) Laryngectomie partielle ou totale.

Il ne cite que pour mémoire les opérations palliatives : Nettoyage par morcellement ou curettage des fongosités. Trachéotomie le plus bas possible. Gastrostomie.

1^o *Ablation par les voies naturelles.* — Le rapporteur n'envisage cette méthode que pour en faire le procès ; il y est nettement opposé ;

2^o *Thyrotomie.* — Elle ne met guère à l'abri des récidives ;

3^o *Laryngectomie.* — Pour Cheval, tout cancer du larynx est justifiable de la laryngectomie totale. Il n'y voit que deux contre-indications : d'une part la trop grande extension des lésions, d'autre part, l'âge trop avancé du malade.

Chaud partisan de l'enlèvement du larynx dans sa totalité avec *exérèse systématique* des ganglions de la région atteints ou non, Cheval rapporte deux cas de guérison de cancer par laryngectomie emprunté à sa pratique. L'un des deux a été présenté à la séance de 1904 de la Société. Ils se livrent à leurs occupations habituelles.

Le rapporteur procède à l'extirpation du larynx sans trachéotomie préalable. Il suture la trachée à la peau. Il ne place pas de larynx artificiel ; la pharyngophonie à laquelle s'exercent les opérés leur permet d'articuler des paroles suffisamment intelligibles. Quand il le peut, il renonce de même à la canule trachéale.

Ses conclusions sont les suivantes :

1^o Réserver le traitement palliatif aux cas strictement inopérables ;

2^o Pour les autres il faudrait que le médecin traitant fût moins souvent l'artisan de l'inopérabilité ou de la récidive. Le diagnostic doit être précoce ;

3^o Aussi limitée que paraisse l'étendue de la tumeur, procéder à la laryngectomie totale avec énucléation ganglionnaire systématique ;

4^o Nombre d'opérateurs sont plus éclectiques ; ils thyrotomisent avant de laryngectomiser ;

5^o La voie endolaryngée n'est plus à conseiller ;

6^o Quelle que soit la durée de la survie, la vie des laryngectomisés est encore telle qu'ils la préfèrent au néant.

Pour terminer, il déclare :

« La génération actuelle se doit à elle-même de ne plus envoyer dans la moindre bourgade un médecin incapable de manier le laryngoscope convenablement, et de faire au moins un diagnostic. »

LAURENS (de Paris) estime que les opérations laryngiennes pour cancer par la voie externe donnent des résultats très variables. Plus l'intervention est précoce, meilleurs sont les résultats.

Il a pratiqué cinq fois la thyrotomie et a obtenu une survie de sept ans dans un cas ; la même opération a donné une survie de quatre ans dans un autre. Il s'agissait d'épithéliomes dûment reconnus par

l'examen histologique consciencieux. Les succès sont dus au peu d'extension des lésions et à l'intégrité des ganglions.

La laryngectomie est une bonne opération. Son dernier cas est un opéré de neuf mois. Malade de 70 ans, cancer constaté trois ans auparavant. Opération palliative il y a deux ans. Intégrité de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, déglutition difficile, fistule antérieure donnant issue à du liquide fétide, carapace très dure. Radiothérapie par Bécélère pendant trois mois sans succès.

Opération : trachéotomie inférieure. Résection de trois anneaux de la trachée. Adhérences à l'os hyoïde, résection de celui-ci. Destruction étendue du revêtement cutané. Suites opératoires avec incidents bénins. Récidive d'un ganglion carotidien, extirpation. Le malade a engraisé de vingt livres. Il est dans un état très satisfaisant; sa correspondance dont l'auteur donne un extrait témoigne d'un état moral excellent.

Pour conclure, Laurens insiste sur la grande quiétude que procure aux malades la laryngectomie (il termine en donnant quelques détails sur son procédé d'hémostase par hémato-aspiration. Il fait l'aspiration du sang par le vide à l'aide d'une pipette métallique reliée à un ajutage en caoutchouc conduisant à une trombe à eau. Résultats très satisfaisants).

GORIS énumère tous ses cas de laryngectomie heureux et malheureux. A première vue, ils ne sont pas séduisants. Mais il appuie sur le fait que dans toute une série de douze cancers du larynx, un seul avait des lésions nettement circonscrites à l'endo-larynx. Il est un chaud partisan de la laryngectomie précoce, même lorsqu'on n'aperçoit au laryngoscope qu'une petite tumeur insignifiante.

Il signale l'excellence des résultats de Glück (de Berlin) qui sont dus sans aucun doute à une technique plus sûre; le chirurgien de Berlin suture la trachée à la peau en faisant passer le tube aérien à travers une boutonnière cutanée et en lui faisant faire une légère saillie. Les chances d'infection doivent être ainsi réduites dans des proportions notables.

LOMBARD signale le procédé qui consiste à employer une canule permettant un pansement qui sépare efficacement la trachée de la partie supérieure de la plaie et empêche ainsi la chute directe des sécrétions pathologiques dans le tube trachéal.

BROECKAERT ne partage pas les conclusions de l'éloquent plaidoyer prononcé par Cheval en faveur de la laryngectomie appliquée à tous les cas. Il préconise une conduite plus éclectique. L'étude impartiale des statistiques des cancers du larynx opérés ou non fournit des conclusions telles que la survie des non opérés vaut celle des opérés. La formule de Cheval : « pas de demi-mesures » lui paraît trop radicale. Il n'y a pas de conduite ne varietur, et selon lui chaque cas doit être examiné en particulier; il insiste sur la nécessité de l'analyse histologique minutieuse.

TRÉTRÔP. A propos d'infection ganglionnaire, il se demande s'il faut pratiquer d'emblée l'exérèse des glandes lymphatiques. Il n'est

pas toujours facile de dire quels sont les ganglions qui sont pris. Il rappelle un cas d'épithéliome du nez avec ganglions du cou. L'affection guérit sans autre intervention que l'ablation du néoplasme nasal. Il s'était gardé de toucher aux ganglions, sachant que les lymphatiques du nez se rendent non seulement dans des ganglions visibles du cou, mais dans d'autres que l'on ne voit pas. Si une exérèse totale n'était pas possible autant valait s'abstenir. Le fait que des ganglions sont augmentés de volume n'implique donc pas qu'ils sont touchés par l'infection épithéliomateuse.

Paralysie du récurrent gauche par insuffisance mitrale, par TRÉTRÔP. — Il s'agit d'un malade porteur de lésions mitrales ayant présenté pendant une période d'asystolie des signes de paralysie du récurrent gauche que l'auteur attribue à la dilatation de l'oreillette avec compression du nerf.

CHEVAL croit qu'il y a lieu de rechercher par la radioscopie si le malade n'a pas, à côté de son insuffisance mitrale, une dilatation de l'aorte qui expliquerait mieux les phénomènes constatés.

Un cas de syphilis tertiaire grave simulant la lymphadénie, par TRÉTRÔP. — Femme âgée, chez laquelle Trétrôp a observé une amygdale palatine volumineuse, puis bientôt une polyadénite. Traitement irrégulier par les arsenicaux. Les signes du côté de l'amygdale n'avaient rien de spécifique. L'étude plus approfondie des renseignements anamnestiques (mari soigné précédemment pour des gommès) ainsi que l'évolution ultérieure du mal permit à l'auteur de conclure à des lésions luétiques tertiaires, diagnostic que justifia le résultat d'un traitement intensif.

Synéchie pharyngienne totale, de nature spécifique, opération ; guérison, par COOSEMANS. — Un homme de 42 ans, robuste, présentait une séparation complète du pharynx buccal d'avec le pharynx nasal.

Ouïe normale, voix non nasonnée, trompes perméables. Mouchage absolument impossible.

Coosemans constata au niveau du voile un raphé médian cicatriciel très dur, puis de chaque côté un tissu moins dense avec lignes irradiées.

A l'aide du galvano-cautère, il a pratiqué une vaste brèche allant de la paroi pharyngienne postérieure jusqu'au milieu de la plaque cicatricielle. Maintien de l'ouverture par le cathétérisme quotidien à l'aide d'une bougie appropriée, construite spécialement. Le malade pratique tous les jours lui-même cette dilatation. Résultat très satisfaisant. Pas de nasonnement ni de régurgitation par le nez.

LENOIR se montre sceptique quant aux résultats de ces sortes d'interventions.

COOSEMANS estime que si dans chaque cas on enseigne au malade à se donner des soins postopératoires, on peut compter sur le succès. Dans le cas qu'il signale, le malade opéré il y a sept mois se mouche parfaitement et ne ressent aucune gêne.

Kyste sébacé du pavillon, par COOSEMANS. — Tumeur du volume d'un œuf de pigeon siégeant sur la face postérieure du pavillon, déjantant par son poids le pavillon en avant.

Corps étrangers de l'œsophage, par COOSEMANS. — Deux enfants de 28 et 24 mois ayant avalé une pièce de deux centimes en cuivre.

Pas de symptômes.

Chez le premier, la radioscopie montra le corps étranger arrêté au niveau de la deuxième vertèbre dorsale. Dans le deuxième, ce moyen ne fut pas employé.

Après chloroformisation, le panier de De Graefe fut introduit deux fois sans succès. Le conducteur de Trousseau en baleine, armé d'une petite sphère de 7 millimètres de diamètre, ramena le corps étranger à la première tentative dans les deux cas.

Contribution à la cure chirurgicale des foyers limités de leptoméningite suppurée, par LUC, de Paris. — Luc expose en détail le cas d'un malade dont les tribulations sont pour ainsi dire uniques par leur évolution bizarre. Il s'agit d'un homme de trente ans, vigoureux. En décembre 1904, il commence une sinusite frontale aiguë.

Le 1^{er} février, Luc le voit pour la première fois et constate les signes suivants : gonflement de la région sus-orbitaire droite, peau violacée, pus dans le méat moyen.

Diagnostic : Sinusite aiguë avec rétention.

4 février : intervention chirurgicale dans le service du professeur Reclus : 1^o Incision classique le long du sourcil ; 2^o incision verticale médiofrontale nécessitée par l'extension des lésions osseuses d'ostéomyélite. Absès sous-périosté ayant dénudé la dure-mère. Petit sinus découvert après. Incision inférieure de Killian, résection de l'ethmoïde antérieure, drainage nasal, suture partielle.

Le 20 février, réintervention nécessitée par la reproduction de phénomènes fébriles. Découverte d'une petite capsule d'ostéomyélite vers le côté externe à la pointe du sourcil.

Le 6 mars, de nouveau, du gonflement et de la fièvre. Les deux incisions sont rouvertes par Luc qui dénude la dure-mère fongueuse, un petit pertuis est découvert par où le pus sort de l'espace sous-arachnoïdien ; ce pus est prélevé à l'aide d'une pipette ; l'examen bactériologique révèle le staphylocoque ; des ponctions faites dans le cerveau après incision cruciale de la dure-mère ne donnent rien. Suture partielle. Un drain est placé dans le haut de la médiane, l'autre sort par le nez. Ils se rencontrent tous deux en face de la

dure-mère dénudée. La veille il avait 38,5, le lendemain état satisfaisant. Tout paraît rentrer dans l'ordre.

Fin avril, légère élévation de la température. Depuis un mois elle ne dépasse pas 37°,5.

Le 3 mai, les plaies sont voisines de la cicatrisation, sauf en dehors du sourcil. A l'extrémité supérieure de la plaie verticale, issue d'une goutte de pus. Réouverture. Découverte d'un tunnel fongueux sous-osseux, extra-dural, de 7 centimètres s'étendant vers le cuir chevelu. Résection de l'os, mise à nu de la dure-mère. Drainage sans suture. Depuis, le malade a évolué rapidement vers la guérison. Aujourd'hui il est tout à fait bien.

Réflexions : 1° Évolution anormalement rapide des lésions osseuses dans un cas de sinusite aiguë ;

2° L'ostéomyélite envahissante des os du crâne est une complication extrêmement grave, il n'y a pas de barrière naturelle pouvant la circonscrire comme il arrive au niveau des os longs dont les apophyses limitent la destruction osseuse. Ce que propose Schilling à savoir de creuser des tranchées dans l'os en dehors du foyer paraît peu utile contre le caractère envahissant, attendu que le progrès de l'ostéite peut se faire vers la base ;

3° Une pareille latence extraordinaire des lésions arachnoïdiennes est bien faite pour dérouter l'observateur le plus sagace.

Étant donnée l'absence de signes de réaction méningée il faut se montrer sceptique au sujet des relations de prétendues méningites guéries par les ponctions lombaires, même répétées. En effet on rencontre fréquemment des cas où le tableau morbide comporte tous les signes classiques de la méningite de la base et où l'évolution ultérieure démontre à suffisance l'intégrité des enveloppes cérébrales.

LAURENS appuie les réflexions de Luc au sujet de la latence de l'ostéomyélite diffuse par plusieurs observations personnelles très concluantes.

CHEVAL signale le même fait observé par lui dans plusieurs cas.

DE STELLA dit qu'il y faut nettement distinguer plusieurs stades d'évolution de la méningite aiguë et il croit qu'au stade séreux, alors que l'examen cytologique et bactériologique démontre la participation des enveloppes cérébrales, une intervention extra-durale peut parfaitement être suivie de la disparition complète de tous les phénomènes.

(A Suivre).

III. — ACADEMIE DE MEDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 22 février 1905.

Compte rendu par VERGNIAUD (de Brest).

Polypes fibreux du naso-pharynx traités par des injections d'acide monochloracétique, par HARMON SMITH. — Le Dr Harris félicite le

Dr Smith des résultats obtenus, car d'après sa propre expérience, le traitement est souvent difficile à conduire. Il l'a employé deux fois. Dans un cas il y a eu grande diminution, mais non disparition complète de la tumeur ; dans le second cas, il s'agissait d'un angio-fibrome ; les injections ne purent être continuées parce qu'elles provoquaient des hémorragies dangereuses. Ce mode de traitement n'en est pas moins précieux dans certains cas pris au début, car il s'ajoute aux moyens qui peuvent être employés par les voies nasales.

Toux hystérique, par MAC AULIFFE. — Il s'agit d'une jeune fille manifestement hystérique, atteinte d'accès de toux laryngiens très pénibles, arrêtés spontanément par une solution de chlorhydrate d'adrénaline employée soit en pulvérisation, soit en application à l'entrée du larynx.

MAC DONALD a traité la même malade il y a plusieurs mois et avait réussi à calmer son accès de toux par l'emploi des courants continus faibles.

QUINLAN, dans des cas analogues, a employé avec succès les applications de cocaïne dans les fosses nasales.

DOUGLAS dit qu'il a réussi dans ce cas par de simples poussées du bout de la langue.

SIMPSON a réussi à arrêter les spasmes par une intubation de courte durée.

MAC AULIFFE. L'adrénaline seule a réussi et il ne s'agit pas d'une action de suggestion, car il a essayé sans succès des solutions de cocaïne ou d'astringents.

Adéno-carcinome du nez ; ablation par le procédé de Killian, par John MAC COY. — Présentation de l'opéré.

Discussion sur la nature, les symptômes, le diagnostic et le traitement des tumeurs bénignes du larynx. Rapport, par CHUS. H. KNIGHT. — L'orateur expose le sujet dans un rapport très bref. Considérées au point de vue de leur nature, les tumeurs bénignes du larynx se classent de la façon suivante par ordre de fréquence : les papillomes, qui à eux seuls sont plus fréquents que toutes les autres sortes de tumeurs du larynx réunies ; cette fréquence s'explique par la richesse en papilles de la muqueuse laryngée. Les papillomes sont presque toujours multiples, présentant d'ailleurs une grande variété de forme, d'aspect ou de siège. Leur profusion est quelquefois telle que la vie est mise en danger par l'obstruction laryngée qu'ils déterminent. Les fibromes viennent après les papillomes par ordre de fréquence ; ils sont généralement solitaires et attachés à l'une des cordes vocales ; rarement ils atteignent un gros volume. Les chondromes, qui tiennent le troisième rang, sont beaucoup moins fréquents : ils prennent

naissance sur les cartilages du larynx, le cricoïde généralement ; ce sont plutôt des euchondromes que des chondromes véritables. Viennent ensuite : les myomes qui sont d'une rareté extrême, ainsi que les angiomes ; et enfin les lipomes dont on connaît environ une douzaine de cas. On a cité encore des cas de tumeurs colloïdes, de lymphomes, mais ce sont des cas absolument exceptionnels, et dont le diagnostic in situ est à peu près impossible. Quelquefois les tumeurs bénignes du larynx sont mixtes : ainsi, on trouve quelquefois des fibro-mixomes, des fibro-papillomes.

Enfin il faut citer les kystes qui sont surtout des tumeurs de l'épiglotte.

L'exposé très succinct de la symptomatologie ne contient rien de neuf.

A propos de l'étiologie, après l'énumération des causes banales, fatigue vocale, alcool, poussières, etc., l'orateur dit qu'il est certain que les néoplasmes du larynx sont moins fréquents aujourd'hui qu'autrefois. La France détiendrait d'après lui le record de la fréquence et il attribue ce fait à l'habitude nationale des Français de crier en parlant et à leur abus de cognac et de liqueurs après dîner, explications que je ne puis laisser passer sans protestation.

Au point de vue du traitement, l'orateur estime que, bien que l'on ait des exemples de la disparition spontanée des néoplasmes bénins du larynx, il faut intervenir chirurgicalement, et repousser l'avis de Lennox-Browne qu'il vaut mieux n'y pas toucher quand ils ne déterminent pas de symptômes menaçants.

RICE. Il est incontestable qu'on voit moins de tumeurs bénignes du larynx qu'il y a douze à quinze ans. Il faut, sans doute, attribuer ce changement à l'amélioration de l'hygiène vocale dont on ne s'occupait pas du tout autrefois, pour les orateurs et les chanteurs, et aux progrès de la thérapeutique dans les affections du nez et du pharynx. Les fibromes sont des tumeurs inflammatoires parentes des nodules des chanteurs et comme eux d'origine traumatique, c'est-à-dire causés par les abus de la voix. Le traitement des néoplasmes bénins du larynx, toujours très difficile, ne doit être entrepris que par un homme adroit et bien exercé. Il est toujours utile de préparer le malade à l'opération pendant quelques jours, en lui faisant prendre du bromure et en habituant son larynx au contact des instruments.

Au moment de l'opération, M. Rice pulvérise d'abord une solution de cocaïne à 4 % jusqu'à ce que le larynx soit à peu près insensible et fait ensuite des attouchements intralaryngiens avec une solution à 10 %, jusqu'à ce qu'on ne détermine plus de mouvement réflexe. On peut alors employer à son choix : pinces, guillotine, ciseaux laryngiens, ou tout autre instrument adapté au cas spécial en traitement. Une discussion sur le mérite des divers instruments lui paraît oiseuse. Pour lui, il préfère l'anneau tranchant (snap-guillotine) quand la grosseur et la forme de la tumeur lui en permettent l'usage. Après l'ablation de la tumeur, il cautérise la surface de section à

l'acide chromique ; l'emploi du galvano-cautère est difficile et dangereux si l'opérateur n'est pas extrêmement adroit. Il repousse, dans tous les cas, l'emploi des caustiques et du galvano-cautère comme moyen principal ou unique de traitement des tumeurs du larynx ; ils ne doivent être employés qu'après ablation de ces tumeurs avec les instruments tranchants. Il termine en disant qu'il n'a jamais observé la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne.

SIMPSON de New-York dit à propos du diagnostic des tumeurs du larynx que le laryngologiste doit surtout se fier aux caractères physiques révélés par l'examen à l'aide du miroir. A ce sujet, il rappelle les avantages qu'offre pour l'examen intra-laryngien l'emploi du miroir concave, dont il se sert avec une satisfaction toujours croissante pour déterminer les moindres détails des tumeurs ou des lésions laryngiennes. On arrive avec ce miroir à une précision impossible à obtenir avec le miroir plan ordinaire. Comme il donne des images amplifiées et déformées, il demande une certaine habitude, mais quand on y est fait, on apprécie de plus en plus sa valeur. Comme les papillomes forment la majeure partie des tumeurs bénignes du larynx, il se bornera à exposer le traitement qu'il emploie pour les papillomes. L'ablation à la pince est pour lui le traitement de choix ; il emploie surtout les pinces de Schroeter, après anesthésie avec un mélange de cocaïne et d'adrénaline. Il cautérise la surface de section à l'acide lactique pur ; c'est à son avis le caustique qui détermine le moins de réaction et qui semble avoir une action destructive des tissus pathologiques meilleure que le galvano-cautère et les autres caustiques chimiques. Les papillomes des enfants doivent être traités par la laryngotomie quand on ne peut agir par les voies naturelles.

DOUGLAS recommande à propos des tumeurs du larynx, la trachéostomie qu'il essaye depuis quelques semaines et dont il espère beaucoup.

HARRIS fait quelques citations d'auteurs étrangers sur le sujet en discussion.

CHIARI considère toutes les tumeurs bénignes du larynx comme des manifestations de la laryngite chronique. Massei, sur cinq cents cas de néoplasmes bénins, a trouvé cent quatre-vingt-trois papillomes et cent cinquante-six fibromes.

SEMON, sur quatre cent soixante cas de tumeurs bénignes du larynx a observé deux cas de transformation en tumeur maligne.

GRANT cite le cas d'un homme atteint de papillomes multiples déterminant une aphonie complète qui disparurent par le repos de l'organe.

L'orateur emploie pour l'ablation de ces néoplasmes la pince en losange de Dundas Grant, et cautérise la surface de section avec une solution d'acide salicylique à 1 ou 2 %.

QUINLAN rappelle une communication faite par lui il y a quelques années sur les inflammations du nez et du naso-pharynx comme facteurs de la production des néoplasmes laryngiens. Il est heureux de

reconnaître que la fréquence de ces néoplasmes a diminué depuis dix à douze ans et s'associe au Dr Rice pour attribuer le mérite de cette diminution aux progrès de l'hygiène et de la thérapeutique des affections du nez.

SIMPSON est d'avis que les abus de la voix doivent entrer pour beaucoup dans la production des néoplasmes bénins du larynx. Il en a vu des exemples typiques.

Séance du 17 mars 1905.

Cette séance a été entièrement consacrée à la célébration du centenaire de Manuel Garcia. *Delavan* a donné lecture d'une lettre de félicitation adressée à Manuel Garcia. *James Newcomb* a prononcé l'éloge de Manuel Garcia comme professeur, inventeur et homme.

Mackenzie a lu une étude sur l'avenir du laryngoscope et de la laryngoscopie.

IV. — SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 6 février 1905.

Compte rendu, par Richard LAKE (de Londres).

Un cas d'abcès du cervelet, consécutif à une otite moyenne aiguë, par W. C. BULL. — Le malade, un garçonnet de 8 ans, entra à St George's Hospital, le 1^{er} octobre 1904. Depuis trois semaines, il avait une otite moyenne purulente aiguë ; les vomissements avaient commencé 15 jours avant l'admission ; ils avaient lieu une fois par jour, habituellement le matin. L'enfant était devenu assoupi ; cet état de torpeur avait augmenté dans les derniers temps. Il poussait des cris de douleur ; il rapportait celle-ci à l'oreille. A l'entrée, la température était de 100° Fahrenheit, pouls 136°, réflexes normaux ; pas de névrite optique ni de nystagmus. La pression sur la mastoïde produisait de la douleur. Le lendemain matin, après une nuit très agitée : température 103°, pouls 120°, respiration 28. On pratiqua la trépanation de l'apophyse sans trouver de pus ; on en découvrit cependant dans la région du sinus. Le lendemain matin : température 99°. Le soir, la température monta jusqu'à 140° 6 (près de 41° C.), le pouls à 148. On pratiqua la ligature de la jugulaire interne au cou et on rouvrit la plaie de la mastoïde. On incisa la dure-mère juste derrière le sinus. Il y eut issue d'un peu de tissu cérébral ramolli, mais on ne trouva pas de pus. La température oscilla entre 104° (40° C.) et 105°, le soir, pendant les onze jours qui suivirent. Quinze jours après l'entrée, comme aucune amélioration ne se manifestait, la plaie fut examinée de nouveau. On trouva un petit abcès du cervelet ; on l'évacua. Les vomissements durèrent encore cinq jours. Pas d'autre incident à signaler, car la guérison se produisit d'une manière parfaite. On avait employé, sans résultats, le sérum anti-streptococcique.

PRITCHARD parle de la présence possible d'un petit caillot dans le sinus.

FAGGE pense que la ligature de la jugulaire n'était pas une mesure correcte ; c'est aussi l'avis de JONES, TOD et WHITEHEAD.

CHEATLE et WEST prennent part à la discussion.

Emphysème de la membrane du tympan, par A. WHITEHEAD (avec un dessin). — La malade est une femme d'âge moyen ; pendant un mois, à la suite d'une rhino-pharyngite, elle a été atteinte de surdité légère à gauche. Audition de la montre de ce côté-là : $\frac{20}{36}$. La membrane était déprimée, mais non congestionnée. Après le cathétérisme, le segment postérieur du tympan se recouvrit de petites bulles contenant de l'air ; elles ne furent pas modifiées par la compression au moyen du spéculum de Siegle. L'audition redevint et resta normale.

Angio-lipome (?) du pavillon et du conduit du côté droit, par YEARSLEY. — Le malade, un garçon de 10 ans, a eu la tumeur depuis la naissance. C'était une masse molle, lobulée, sessile, remplissant le pavillon du côté droit et occupant le méat. Le pavillon droit était légèrement plus grand que le gauche et le cartilage était atrophié. Le malade avait aussi un kyste dentaire du maxillaire droit. L'auteur sait que des tumeurs semblables ont été trouvées chez des chiens ; mais, chez ces derniers, les éléments lipomateux prédominent. Pour cette raison, il a cru devoir donner à la tumeur le nom d'angio-lipome.

MILLIGAN a vu un cas à peu près analogue ; il enleva la tumeur par dissection.

LAWRENCE propose l'électrolyse.

FAGGE, WINGRAVE et MACNAUGHTON JONES ne pensent pas que la proportion de tissu lipomateux soit bien importante, mais ils croient que la tumeur est surtout nœviforme.

Ablation du limaçon, de la paroi externe du vestibule et du canal semi-circulaire externe pour diminuer les bourdonnements et les vertiges, par LAKE (pour la description complète de ces cas, voir *Archives internationales*, n° 3, mai-juin 1905, p. 722, t. XIX).

Le président est d'avis que les remarques de LAKE tendent à renverser nos idées sur les effets des interventions sur les canaux semi-circulaires.

GREY pense que l'absence de vertige après la seconde opération est peut-être due aux effets de la première. Il rapporte l'opinion d'EWALD qui dit que les gens privés de canaux semi-circulaires ont un sens très affaibli de la rotation ; il fait aussi allusion aux sens de la rotation chez les sourds-muets.

WEST compare les résultats de l'opération de LAKE avec sa propre expérience, au sujet des affections avec suppuration.

FAGGE dit ne pas bien voir pourquoi, dans ces cas, la suture du nerf fut difficile. Il l'a exécutée deux fois et l'a trouvée facile,

TOD déclare regretter de n'avoir pas su que LAKE allait présenter le cas; il l'avait, lui-même, opéré il y a sept ans et aurait été heureux de pouvoir jeter un coup d'œil sur ses notes.

LAKE répond qu'il ne croit pas que l'absence de vertige, après la deuxième opération, ait pu être due au manque de liquide vestibulaire, car le vertige augmenta l'année suivante. S'il n'y avait que les canaux à enlever, cette opération ne nuit pas toujours à l'audition, mais, si le limaçon est détruit en totalité ou en partie, il ne peut plus exister d'espoir pour l'audition.

Atrésie du conduit, par MACNAUGHTON JONES. — Ce cas a été déjà présenté en mai 1900. L'audition s'est beaucoup améliorée; l'auteur a enlevé une membrane qui s'était formée dans l'interintervalle.

MILLIGAN félicite l'orateur précédent du brillant résultat de son intervention. Il a été frappé de voir que le malade portait encore un tube; il croit que ce dernier sera encore nécessaire.

Fibrome du pavillon, par WINGRAVE. — C'est une tumeur dure, nodulaire, du lobule, consécutive au port de boucles d'oreille.

PRITCHARD dit qu'il a rarement vu des cas de ce genre, bien qu'il sache qu'il s'en présente quelquefois.

YEARSLEY, MILLIGAN et JONES ont vu des cas semblables.

Malformation du pavillon chez un enfant, par WINGRAVE.

Cloison membraneuse à la partie antérieure du sinus latéral, par CHEATLE. — Temporal gauche d'un homme de 40 ans, dans lequel la partie descendante du sinus latéral présentait une cloison de 1 centimètre, 25 mill. de long, en direction longitudinale par rapport au vaisseau. On sait que ces cloisons se présentent dans le sinus longitudinal supérieur.

Trois temporaux provenant des cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, par LOGAN TURNER.

Cas de fistule mastoïdienne, par HUNTER TOD. — Ce malade a été, il y a deux ans, opéré par un autre chirurgien, et un petit fragment de peau fut repoussé dans la plaie. Il existe actuellement derrière l'oreille une petite fistule d'où sortent des poils. Le conduit auditif externe est très rétréci; il existe un léger écoulement.

WHITEHEAD pense qu'à cause de l'otorrhée, une opération est nécessaire.

YEARSLEY et FAGGE sont du même avis.

MILLIGAN pense qu'on devrait laisser les choses en l'état, car il a appris que l'écoulement s'est arrêté.

PRITCHARD et GRANT participent à la discussion.

Notes sur un cas d'otite moyenne hémorragique chez un malade atteint de rein granuleux et de diabète, par MILLIGAN. — Le malade avait 52 ans. Il avait une tension artérielle très élevée. Surdité brusque avec sensation indéfinie de lourdeur du même côté de la tête. L'examen montre que l'oreille droite est pleine d'un liquide brun sombre. Les épreuves locales indiquent que les deux oreilles sont défectueuses au point de vue auditif, par suite d'une lésion nerveuse. Le sang fut enlevé par ponction et aspiration. Cependant, au cours du traitement, le malade fut frappé de cécité partielle du côté droit par rétinique albuminurique.

PRITCHARD pense que ces faits sont plus fréquents qu'on ne le suppose généralement.

GRANT dit que ce cas est très intéressant. Il fait allusion aux hémorragies survenant chez les albuminuriques; il propose le terme d'hémato-tympa.

Traduction par MENIER (de Figeac).

Dix-septième session

Président: Thomas BARR. — Compte-rendu par VERGNIAUD (de Brest).

(Suite)

Section du nerf auditif pour le traitement d'un cas de bourdonnements avec vertige, par PARRY. — Il s'agit d'un homme de 30 ans, atteint depuis six ans de bourdonnements et de vertiges si intenses qu'il avait été obligé d'abandonner tout travail depuis longtemps. Cet homme, ouvrier mécanicien, ni alcoolique, ni syphilitique, avait présenté un écoulement de l'oreille gauche qui s'était arrêté en 1900; ses bourdonnements existaient surtout de ce côté, mais se montraient quelquefois à droite; tous les traitements ayant échoué, il s'était adressé au Dr Parry pour être traité chirurgicalement, et se disait prêt à subir n'importe quelle opération pour être débarrassé de ses bruits, de ses vertiges et de la douleur occipitale dont il se plaignait.

Une observation de trois semaines ayant prouvé que sa situation était réellement affreuse et au-dessus des ressources de la thérapeutique, l'auteur se décida à intervenir.

Il avait à choisir entre une section intracrânienne du nerf auditif et un évidement du rocher comprenant les canaux demi-circulaires. Il préféra la première intervention comme moins dangereuse et plus radicale.

On peut atteindre le nerf auditif par la mastoïde, par la fosse cérébrale postérieure, par la fosse cérébrale moyenne. De ces trois routes, Parry choisit la dernière, des essais sur le cadavre lui ayant montré que c'était celle qui nécessitait le moins de dégâts, qui donnait le plus de jour et présentait le moins de danger. Voici les divers temps de l'opération qui fut exécutée. Incision convexe en haut partant du milieu de l'arcade zygomatique pour aboutir à la base de l'apophyse mastoïde, en suivant, à peu près, la suture pariéto-squameuse. Section de l'écaille du temporal au moyen de six couronnes de trépan réunies par des sections à la scie; formation d'une charnière ostéo-cutanée par fracture de l'écaille à sa base.

Séparation de la dure-mère de la surface supérieure du rocher jusqu'à la saillie du canal demi-circulaire supérieur.

Résection du tegmen tympani et antri pour visiter ces cavités et s'assurer qu'elles ne sont le siège d'aucune lésion.

Ponction des méninges pour donner issue au liquide céphalo-rachidien et, en diminuant sa tension, permettre de récliner plus facilement la dure-mère et la masse encéphalique.

Pour éviter une blessure du sinus pétreux supérieur, on sculpte l'os au-dessous de lui au lieu d'essayer de détacher la dure-mère du bord supérieur du rocher. Malgré les plus minutieuses précautions, une petite hémorragie se présente pendant l'exécution de ce temps; elle provient de quelque rameau minuscule du sinus pétreux supérieur et est arrêtée facilement par le tamponnement. Ablation à la gouge du toit du méat auditif interne, permettant de reconnaître facilement les nerfs de la septième et de la huitième paire. Le nerf auditif est récliné et aurait pu être sectionné à ce moment, l'opération eût été achevée; mais, en essayant d'enlever un peu plus d'os dans le désir de séparer les branches vestibulaire et cochléaire et de les sectionner séparément, on déchire le facial, accident d'autant plus regrettable qu'on aurait pu facilement l'éviter.

Nettoyage de la plaie, fermeture des sutures, sauf aux deux angles inférieurs où l'on place des mèches de gaze en guise de drains.

Les suites opératoires furent simples; il n'y eut pas de fièvre, la plaie fut complètement guérie en dix jours.

Mais le malade, quoique amélioré, conserva ses vertiges, ses bourdonnements et une paralysie faciale complète du côté gauche.

Au bout d'un an, pour remédier à la paralysie faciale, on fit la section de la branche externe du spinal et son bout supérieur fut suturé avec le facial près du trou stylo-mastoïdien. Après cette intervention, les muscles de la face purent se mouvoir d'une façon synergique avec les muscles de l'épaule; mais ils ne recouvrent pas leurs mouvements volontaires.

Depuis cette dernière opération, le malade peut travailler; il présente toujours ses trois symptômes: céphalalgie occipitale, bourdonnements, vertiges, mais les deux premiers sont très améliorés et le troisième l'est un peu.

C'est le premier cas de section du nerf auditif suivi de succès; on

en a publié récemment deux autres cas, mais tous les deux ont été suivis de mort. Sans vouloir tirer des conclusions bien précises d'un cas unique, l'auteur espère que cette observation intéressera non seulement les otologistes, mais les chirurgiens généraux.

KERR LOVE s'élève avec force contre l'opération de Parry, et toute tentative de ce genre ayant pour but d'aller sectionner le nerf auditif dans le crâne en vue de guérir les bourdonnements ou le vertige, alors qu'il n'y a pas de complication intracrânienne. Pour lui, la seule voie d'accès de l'oreille interne est l'oreille moyenne.

MACLEOD YEARSLEY demande quelle était l'audition du sujet avant la si discutable opération qu'il a subie. Pourquoi Parry ne s'est-il pas contenté d'attaquer l'oreille interne et d'enlever les canaux demi-circulaires et le limaçon sans entrer dans la cavité encéphalique.

BALLANCE. — Tout le monde sait que l'apparition du syndrome : bourdonnements, vertige et vomissements, peut être due à l'extension aux cavités de l'oreille interne d'une inflammation suppurative de l'oreille moyenne, cas pour lesquels la seule opération rationnelle est la résection des parties malades du rocher. Mais dans les cas où le syndrome se montre sans qu'il y ait propagation d'une inflammation de l'oreille moyenne, la résection du nerf auditif semble l'opération la plus indiquée. On ne doit pas la faire en traversant le rocher, mais en trépanant la fosse cérébelleuse et réclinant en arrière l'hémisphère cérébelleux correspondant. La section expérimentale du nerf auditif sur le singe détermine une démarche titubante que ne produit pas la destruction lente du nerf par une tumeur; on peut en déduire que les opérés perdront vite l'instabilité déterminée par la section. Relativement à l'anestomose du facial avec la branche externe du spinal, il cite un cas de guérison complète obtenue par lui avec mouvements dissociés dans une paralysie faciale complète; mais des considérations théoriques font préférer maintenant l'anastomose du facial avec l'hypoglosse.

Le PRÉSIDENT exprime une opinion à peu près semblable à la précédente relativement aux indications opératoires, variables suivant les cas.

V. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 12 février 1903

Président : professeur FRAENKEL. — Compte rendu par Max SCHEIER

Une pièce de prothèse jouant le rôle de l'œsophage, par GLUCK. — L'enfant fut admise à l'hôpital à cause d'une cautérisation de l'œsophage, dont elle avait été victime. Celui-ci s'étant oblitéré sous l'influence des cicatrices qui se sont formées, on s'est vu forcé de faire une fistule d'estomac. D'abord l'alimentation était faite par la fistule; après avoir mastiqué les aliments, la malade les crachait dans un

entonnoir en verre, et celui-ci se trouvait, par un tube en caoutchouc, en communication avec la fistule. On essaya en outre de pratiquer l'oblitération transversale de l'œsophage du côté de l'estomac, mais cette tentative échoua. C'est ainsi qu'on se décida à faire une fistule de l'œsophage, en haut et latéralement dans le cou. L'embouchure de cette fistule fut mise en communication avec la fistule de l'estomac, par un tube en caoutchouc. Maintenant la malade mâche et avale normalement. Ce cas prouve qu'on peut, dans les cas de carcinome de l'œsophage et du cardia, préserver le siège même de l'affection de toute irritation due à des aliments et à des sondes, en faisant une semblable prothèse artificielle.

Prothèse ayant pour but d'éliminer les voies respiratoires supérieures, par GLUCK. — Enfant de 8 ans, chez lequel on a établi une fistule laryngée à cause de bronchectasies multiples. La bouche et le nez restant fermés, on peut remplir les poumons d'air par voie *rétrograde*. Gluck conseille par conséquent l'établissement d'une fistule laryngée partout là où il y a sténose inopérable de la trachée, des bronches, soit par un anévrysme, soit par des tumeurs du médiastin, et où toute intervention mécanique reste inefficace et quand il y a indications vitales; par ce procédé, on élimine l'aération par les voies naturelles.

A cette occasion, il présente une canule trachéale par laquelle il est instantanément permis au malade trachéotomisé de converser avec une haute voix de chuchotement. La canule extérieure est logée dans la trachée, l'intérieure est munie d'un appendice; celui-ci se prolonge dans un tube en caoutchouc devant être porté par le malade près de ses lèvres. Si le malade articule au moment de l'expiration, il nous permet d'entendre un chuchotement distinct, pour la production duquel il est nécessaire qu'il y ait coïncidence de l'expiration et de l'articulation.

Présentation d'un malade chez qui il a réussi, à l'aide de son antroscope à découvrir un obturateur en caoutchouc dans son sinus maxillaire, par HIRSCHMANN.

Démonstration d'une préparation d'une anomalie intéressante de la fosse nasale, par ROSENBERG. — Au lieu d'une seule cavité sphénoïdale, on voit d'un côté trois cavités, c'est-à-dire deux plus grandes superposées et une plus petite situées en arrière de celles-ci. La cavité supérieure est une cellule ethmoïdale postérieure. En outre on trouve dans cette préparation, à côté d'un foramen accessoire exceptionnellement grand de l'antre d'Highmore, que la partie postérieure du cornet inférieur n'est pas développée. Ce sont là, selon lui, des anomalies congénitales.

Tumeur tuberculeuse du ventricule de Morgagni, par LANDGRAF. — La tumeur est de la grandeur d'une fève. Elle émerge du ventricule, au-dessus de la corde vocale droite, est de couleur bleuâtre et lisse de surface. Malgré un examen des plus attentifs des poumons, on ne peut trouver aucune lésion pulmonaire. Il y a vingt-cinq ans, la malade prétend avoir eu une affection pulmonaire du sommet. L'examen microscopique présente des tubercules distincts avec cellules géantes, mais pas de bacilles de Koch.

ROSENBERG ajoute avoir observé assez souvent de pareilles tumeurs sortant du ventricule de Morgagni.

B. FRAENKEL a vu, lui aussi, souvent des cas semblables. Mais il ne s'agit pas toujours de tuberculose.

(Traduction par L. REINHOLD.)

VI. — SOCIÉTÉ LARYNGO-OTO-RHINOLOGIQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Compte rendu par Jacques LEVENSON (de Saint-Petersbourg).

Un cas de sécrétion profuse (abondante) du liquide céphalo-rachidien sans lésion du tympan (présentation du malade), par T.-L. LÉVINE. — La malade est une jeune fille de 14 ans qui a eu par l'oreille gauche, pendant trois semaines et seulement avec de petits intervalles, une sécrétion liquide extraordinairement abondante, dont une portion est présentée à l'assemblée. Quelques jours avant le commencement du phénomène, la malade a reçu, en se heurtant la tête contre l'angle d'un poêle, un coup violent à l'oreille gauche, accompagné de douleurs de tête et de lancinements à l'oreille gauche. Elle a eu un peu de fièvre; pendant trois jours des maux de tête et du vertige. La malade n'a pu remarquer aucune trace d'hémorragie.

Quatre jours après la chute, a commencé l'écoulement du liquide, chaque jour très considérable et augmentant du jour au lendemain. Pendant la nuit, la sécrétion devenait telle, que deux coussins et un matelas s'imbibaient fortement du liquide. Au premier examen de la malade à la clinique du professeur Okouneff, son état était le suivant :

Quoique d'une constitution faible, la fillette est normalement constituée, pâlotte, lente dans ses mouvements, d'une intelligence quelque peu arriérée. Le pouls est régulier quoique un peu accéléré (100 en une minute). L'examen des organes du thorax et de l'abdomen n'a montré rien de pathologique. La partie osseuse du conduit auditif externe est rendue un peu plus étroite par le gonflement des parois, en particulier de la paroi antérieure, laquelle, dans sa partie supérieure, au point où elle passe à la paroi supérieure, semble adhérer à l'apophyse courte du marteau, qui est très proéminent. La partie antérieure du conduit externe est très sensible. Le moindre attouchement avec la sonde produit une très vive

douleur. La même chose se produit à la pression du tragus. La membrane du tympan est un peu rouge. Sa surface est oedématiée le reflet lumineux est raccourci et sans éclat, les contours du manche du marteau ont perdu leur netteté, toute la membrane est un peu aplatie. Au-dessus de la courte apophyse, on voit un amas de masses épidermiques que le lavage par la seringue n'a pu chasser. *On ne peut constater aucune perforation ou rupture du tympan pas plus qu'aucune trace d'hémorragie.*

L'examen de l'ouïe a donné des résultats suivants :

OREILLE GAUCHE		OREILLE DROITE	
La voix chuchotée.....	0,5	} normal	
— haute.....	3,0		
	W		
←			
+ 25"	R		+ 17"
Schwabach (à l'apophyse mastoïde)			
— 20			

Le nez et l'arrière-cavité nasale se montrent normaux.

La malade a été en observation pendant treize jours. A la première tentative à la clinique de la Grande-Duchesse Hélène Pawlowna, l'épreuve suivante a été faite : le conduit auditif gauche a été bouché par un tampon d'ouate hydrophile, après quoi un bandage hermétique a été appliqué. Après un quart d'heure, le tampon se trouvait imbu de liquide en sorte qu'on pouvait le faire couler en comprimant le tampon. Cependant on n'a pas pu remarquer de quel point du conduit le liquide s'écoule. Le reflet humide au-dessus de l'apophyse courte pouvait faire croire qu'il filtrait par la paroi supérieure du conduit. La quantité du liquide amassé pendant le premier jour d'observation a été de *deux litres*. Il était un peu trouble, opalescent, aqueux. Pour éviter tout soupçon de simulation la malade a été à deux reprises laissée sous une surveillance ininterrompue de vingt-quatre heures. Justement *ces deux fois la quantité du liquide sécrété a été de beaucoup moindre qu'aux autres jours*. L'analyse de l'urine a montré une petite quantité d'albumine, absence de sucre. La quantité journalière de l'urine est diminuée (580 c.c.). L'examen du fond de l'œil a montré une hyperémie de la papille du nerf optique droit. L'examen du système nerveux par le professeur Blumenau n'a montré aucune constatation pathologique, excepté une intelligence arriérée. L'analyse chimique du liquide sécrété (par le Dr Slowtsoff) a donné un résultat positif : la réaction chimique du liquide était alcaline avec du tournesol, neutre avec du lacmoïde et acide avec l'acide rosolique (coralline jaune). Il contient beaucoup de chlorures et peu de phosphates et de sulfates. On n'a pas trouvé de sucre. Le contenu de l'albumine est de 0.05 %, donnant un précipité avec huit, neuf volumes d'alcool. L'analyse microscopique du sédiment centrifugé démontre une quantité minimale de leucocytes. M. Slowtsoff pense que toutes ces données réunies permettent de supposer que le liquide analysé n'est autre que le liquide céphalo-rachidien.

L'auteur donne à tout le phénomène l'explication suivante : la chute contre le poêle a causé une fissure traumatique de la base du crâne, laquelle, passant par les parois antérieure et supérieure du conduit auditif externe, laissait indemne la capsule labyrinthique. Le cas se trouve sans pareil et tout à fait unique par la quantité énorme du liquide céphalo-rachidien sécrété (la plus grande quantité connue dans la littérature est de 984 c. c.) et par l'absence presque complète de réaction morbide du côté de tout l'organisme en général et du système nerveux et des échanges organiques en particulier. *Le poids du corps n'a pas diminué pendant la maladie.*

Le fait a soulevé une vive discussion à laquelle ont pris part M. le professeur Simanowsky, les docteurs Neumann, Vojatchek, Lunin, Sacher, Machtakoff et Brochniovsky.

VII. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE BERLIN

Séance du 14 février 1905

Président : LUCAE. — Secrétaire : SCHWABACH

Compte rendu par A. SONNTAG

Avant l'ouverture officielle de la séance, Lucae consacre au souvenir de feu L. Jacobson quelques mots chaleureux. L'assistance se lève en signe de deuil pour le défunt.

Syphilis de l'appareil de l'ouïe, par BRÜHL. — H., 35 ans, ayant contracté la syphilis il y a seize ans. A plusieurs reprises déjà, accès de céphalalgie insupportables, chaque fois combattus par la cure de frictions et le traitement ioduré. La dernière de ces attaques remonte au mois d'octobre 1904. Celle-ci est accompagnée de bourdonnements et de dureté de l'ouïe à droite. L'examen permet d'établir que la voix de chuchotement est perçue seulement tout près de l'oreille; quant au résultat fonctionnel, on constate un obstacle de l'appareil de transmission, ainsi qu'une affection de l'appareil nerveux, tandis que la membrane du tympan offre un aspect normal. Quoiqu'on ait de nouveau commencé le traitement spécifique, l'état du malade a empiré encore dans les quinze jours qui ont suivi l'attaque : la surdité était devenue complète ainsi que la paralysie du nerf facial du côté droit qui s'étendait jusqu'au voile du palais. Il y avait en outre du vertige quand le malade se penchait en avant, en plus du nystagme horizontal et des bourdonnements très forts. Le fond de l'œil se montre normal. En même temps il se trouve sur l'apophyse mastoïde un gonflement très douloureux à la pression, qui se développe en trois jours en une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, laquelle tumeur présente de la fluctuation très nette. A côté de cela, il y a également à droite une otite catarrhale exsudative. Huit jours plus tard, les troubles commencent à rétrocéder, grâce au traitement

mixte auquel le malade fut astreint, et, après une quinzaine, le gonflement de la mastoïde avait complètement disparu. La paralysie faciale avait également diminué; le vertige, les douleurs et les bourdonnements ont complètement cessé, mais la surdité subsiste toujours sans montrer aucune modification.

Instrument devant servir à mesurer la force de la voix (non pas de l'acuité auditive), par **LUCAE**. — Démonstration de l'instrument. Bien que l'examineur prenne l'habitude de chuchoter toujours avec une force constante et pareille, il manque quand même un instrument permettant de comparer, au point de vue de l'intensité, les voix de chuchotement des différents examinateurs entre elles. Les expériences que Lucae avait faites en ce sens-là remontent jusqu'à l'année 1872. Son premier instrument consistait dans un tuyau acoustique court, fermé par une membrane en caoutchouc flaccide. Un levier à aiguilles était en contact avec la membrane. Celui-ci accusait sur un quadrant une déviation plus ou moins grande, laquelle déviation était naturellement en rapport avec la force de la voix chuchotée. Mais cet instrument n'était point pratique, parce qu'il amortissait trop la voix; de plus la membrane en caoutchouc perdait rapidement de son élasticité. C'est pourquoi il modifia l'instrument qui, à la place de la membrane en caoutchouc, fut muni d'une lame en verre. Mais il n'en est point resté là. Cependant, à cause du tuyau, la voix demeurait encore amortie. Lucae fit alors construire l'instrument en supprimant le tuyau acoustique. L'axe de l'instrument est armé d'un crochet contre lequel l'examineur doit appliquer la racine du nez, de sorte que la distance entre la bouche et la lame reste toujours la même. Ce dernier appareil présente encore une perfection en ce qui concerne la position du quadrant qui est ici parallèle à la lame, de manière à permettre de lire aisément la déviation des aiguilles.

DENNERT demande si le mécanisme fonctionne toujours avec la même précision. Autrefois il s'était fait construire des résonateurs réglables par des vis micrométriques. Mais aussitôt que la température changeait on était instantanément obligé de changer aussi le réglage.

GUTZMANN croit que les appareils construits sur des axes tels que celui de Lucae sont encore ceux qui fonctionnent avec le plus de précision. Aussi peut-on mesurer leur force au moyen d'un dynamomètre qui les accompagne. Une membrane en caoutchouc serait en revanche très inconstante. La dernière modification de Lucae lui paraît très pratique.

LUCAE est lui-même d'avis que tous les appareils montrent un certain manque de précision, mais on est en mesure de s'en rendre compte. Du reste les déviations qui ont été contrôlées au moyen d'un manomètre au mercure se présentèrent toujours égales.

(Traduction par L. REINHOLD.)

VIII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE

*Séance du 4 novembre 1905*Président : Professeur O. CHIARI. — Compte rendu par L. REINHOLD.
(Suite).

Un cas de sinusite maxillaire, par KOFLER. — F., il y a six semaines, douleurs de la première molaire supérieure ; il s'ajoute de la céphalée, surtout à la tempe gauche, des douleurs dans l'œil gauche, fièvre ; avec cela l'état général très mauvais. En même temps gonflement de la joue gauche et catarrhe très fort de la fosse nasale gauche avec écoulement purulent ; entre la dent malade et la gencive on voit percer du pus. Une quinzaine plus tard, extraction de la dent ; il s'écoule à cette occasion une quantité considérable de pus par l'alvéole de la dent arrachée. La malade vient alors à notre clinique.

La joue gauche est rouge et assez considérablement enflée, mais n'est pas douloureuse au toucher. Dans le méat moyen et inférieur, beaucoup de pus liquide, très fétide. Dans le méat inférieur gauche et aux environs du hiatus semilunaire gauche, on découvre à la sonde une brèche. La rhinoscopie postérieure montre le naso-pharynx rempli de pus.

Lavages du sinus quotidiens par l'ouverture naturelle agrandie, d'où il sort des masses fétides et grumeleuses.

Opération radicale d'après Luc, par O. CHIARI. — La paroi médiale et le plancher du sinus maxillaire sont presque dans toute leur étendue nécrosés, ayant donné l'occasion à la formation de séquestres. La cavité est remplie de granulations muqueuses considérables et de pus fétide en grande quantité. Extraction des séquestres ; les brèches dans les parties antérieure et médiale qui en résultent, sont encore agrandies ; la cavité elle-même est curettée et ensuite tamponnée, le cornet moyen ayant été préalablement amputé, le tampon est conduit par la fosse nasale. La plaie du côté de la fosse canine reste dans ce cas ouverte. Une huitaine plus tard enlèvement du tampon. Le malade quitte le service complètement rétabli.

Injectons de thiosinamine et vaseline, par HANSZEL. — Il a obtenu par des injections de thiosinamine un ramollissement d'une cicatrice profondément rétractée ; celle-ci devint en même temps plus souple. En injectant ensuite de la vaseline dans la dépression cicatricielle, celle-ci monte au niveau de la joue saine.

Un kyste rempli de matières athéromateuses, par HANSZEL. — Un bébé âgé de quelques mois à peine est apporté à la clinique avec une tumeur du pharynx. Celle-ci, d'une grandeur d'un pois, siège tout près de la luette sur le pilier palato-pharyngé, attachée par un pédoncle court, de couleur jaune-blanchâtre et assez dure de consis-

tance. Ablation avec le serre-nœud galvano-caustique. L'examen histologique démontre la tumeur comme un kyste rempli d'un contenu athéromateux. (Démonstration de la préparation.) Il s'agit probablement d'un kyste par rétention congénital.

Présentation de préparations provenant d'un kyste de l'épiglotte,
par KAHLER.

Présentation des préparations microscopiques, par GLAS.

1^o *Un lipome de la tonsille.*

2^o *Un polype tonsillaire avec néoformation de glandes muqueuses.*
On est frappé par la richesse en vaisseaux et en glandes muqueuses que présente ce polype.

3^o *Un tératome de la tonsille gauche.* Les tumeurs de ce genre sont les plus rares parmi les tumeurs tonsillaires. Elle contient de nombreuses glandes sébacées et quelques poils.

4^o *Un tératome ayant comme origine la fosse supratonsillaire.* Celui-ci frappe par sa richesse en tissu graisseux; il contient en outre des fibres musculaires lisses, ce qui le distingue de la tumeur présentée tout à l'heure.

5^o *Des sarcolytes dans un follicule tonsillaire.* C'est là le premier cas dans lequel on a découvert des fibres musculaires striées dans le tissu lymphoïde de la tonsille; c'est en même temps le premier cas où se trouve décrit, dans le tissu de la tonsille, des éléments sarcolytiques.

Images radiographiques des cavités accessoires qu'on avait remplies de sulfate de plomb, par WEIL. — Démonstration de trois images. La première provient d'un cas grave d'empyème de deux sinus maxillaires et frontaux. Les deux autres images représentent un cas opéré par l'auteur pour empyème maxillaire gauche (d'après Mikulicz-Krause); où avait également été coupé le cornet moyen gauche à cause d'une suppuration du sinus frontal coexistante. Par le procédé en question, on était en mesure de constater que le sinus frontal malade était un sinus à deux chambres.

L'une de ces deux images représente les sondes placées dans les trois cavités, l'autre l'ombre due au plomb de la cavité supérieure qui se trouve placée médialement, tandis que la cavité latérale est marquée par une sonde.

IX. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

93^e session, 2 novembre 1904.

Présidence de Mc BRIDE. — Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).
(Suite)

Incrustations de la trachée, par Felix SEMON. — Le cas en question a été présenté à la Société au mois de novembre. L'auteur a

l'intention de pratiquer la trachéotomie chez ce malade, pour enlever les croûtes et voir jusqu'où elles s'étendent.

Croûtes dans un cas de catarrhe sec du nez et du naso-pharynx traitées par des pulvérisations de formaline, par BRONNER. — Au bout de quelques semaines de traitement, les croûtes ne se reformaient qu'en petite quantité.

Épithélioma du larynx, thyrotomie, récursive ; ablation de la plus grande partie du larynx ; guérison, par Felix SEMON. — Le malade syphilitique avait eu auparavant deux ulcérations laryngées qui avaient guéri sous l'influence du traitement iodo-mercurel. La lésion actuelle s'étendait à toute la moitié droite du larynx : tuméfaction de toute la bandelette ventriculaire droite, de la corde vocale, présentant les caractères de l'épithélioma. Le traitement spécifique ne donna aucun résultat.

On pratiqua la thyrotomie et l'ablation de la masse épithéliomateuse ; le malade guérit ; mais, au bout de trois mois, récursive. Il existait une masse arrondie située sur la cicatrice opératoire au point où était la corde vocale, vers le tiers antérieur. L'auteur incisa à nouveau le cartilage thyroïde ; mais voyant la lésion plus étendue qu'il ne semblait, pratiqua l'ablation de toute la partie droite du cartilage thyroïde, la partie correspondante du cricoïde et la partie supérieure de l'aile gauche du thyroïde. La guérison se fit normalement, et, au bout de quatre mois, il n'existe aucun signe de récursive. Il faut remarquer qu'on n'a trouvé aucune infiltration ganglionnaire, ni dans le voisinage du larynx, ni à distance.

Rhinite hypertrophique avec masse sessile sur le septum, par DUNDAS GRANT. — Il s'agit d'un homme de 22 ans, porteur, dans la narine gauche, au niveau du septum nasal, d'une masse qui simulait un cornet moyen hypertrophié. Cette masse était située au niveau du tubercule de la cloison.

Tumeur osseuse du nez, par LAMBERT LACK. — Chez une jeune fille, existait depuis plusieurs mois une obstruction nasale complète. On trouva du côté gauche une tumeur osseuse repoussant la cloison nasale du côté droit de façon à obstruer la narine droite. Cette tumeur osseuse semblait insérée dans la région du cornet moyen. Le sinus maxillaire était rempli de mucosités. L'auteur se demande s'il ne s'agit pas d'un sarcome ossifiant.

Cancer du nez, par LAMBERT LACK. — Le malade, âgé de 60 ans, souffrait depuis deux mois d'obstruction nasale du côté gauche. A

l'examen l'auteur trouva des polypes nombreux, et la diaphanoscopie montra l'obscurité de la partie correspondante de la face. Il pratiqua la cure radicale des polypes, mais au cours de l'opération, en curettant la région ethmoïdale, il pénétra dans l'orbite. L'examen des tumeurs enlevées montra qu'il s'agissait d'épithélioma. On dut dès lors pratiquer l'opération de Rouge, afin d'enlever toutes les masses que la première intervention avait pu laisser de côté.

Tumeur de l'amygdale, par WYATT WINGRAVE. — Il s'agit d'une tumeur de l'amygdale obstruant le naso-pharynx et s'étendant en bas jusqu'à la fosse glosso-épiglottique; et en dedans jusqu'à la ligne médiane. Il n'y a pas d'ulcération, ni de ganglions tuméfiés. L'auteur ne donne pas de diagnostic.

Lymphosarcome de l'amygdale; amélioration par le traitement arsenical, par Herbert TILLEY. — Le traitement arsénical à haute dose a fait considérablement diminuer l'amygdale et les ganglions; mais il est arrivé un moment où le médicament n'a plus produit d'effet.

Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale (méthode de Killian), par Herbert TILLEY. — L'opération a duré trente minutes; l'auteur pense qu'on peut l'effectuer en quinze à vingt minutes.

Empyème subaigu du sinus frontal consécutif à une scarlatine chez un enfant de 9 ans, par Herbert TILLEY. — La lésion se manifesta, trois semaines après la scarlatine, par de la céphalalgie, puis de la douleur localisée à la région frontale gauche et enfin de l'œdème de la paupière. Cet œdème s'étendit à droite, puis vers le cuir chevelu. En opérant, on trouva une perforation de la paroi osseuse antérieure du sinus frontal gauche.

Laryngite chronique, par CATHCART. — Il s'agit d'un homme de 32 ans se plaignant d'un enrouement datant de quatre ans. On trouva chez lui de l'hypertrophie des amygdales palatines et de l'amygdale de Luschka. Après l'ablation des amygdales, l'affection laryngée s'améliora, mais il y eut une récurrence. On trouva de l'épaississement de la muqueuse laryngée au niveau des bandelettes ventriculaires et de l'espace interaryténoïdien; de plus, la muqueuse est couverte de croûtes. L'auteur demande l'avis de la Société sur le traitement à suivre dans ce cas.

La plupart des membres de la Société pensent qu'il s'agit de laryngite pachydermique, et Dundas Grant préconise la cure de silence.

Lupus du pharynx et du larynx, par H.-W. CARSON. — L'affection dure au moins depuis un an. On trouve des nodules lupeux sur la luette et les piliers postérieurs du voile, avec infiltration du voisinage, lésions qu'on retrouve au niveau de l'épiglotte.

Paralysie de la corde vocale gauche due à une tumeur localisée de la glande thyroïde, par F.-J. STEWARD. — La corde vocale gauche est complètement paralysée; il existe une tumeur au niveau du lobe gauche de la glande thyroïde. L'auteur se demande s'il s'agit d'une tumeur maligne.

Rhinite hypertrophique avec papillome inséré sur le bord inférieur du cornet moyen, par DUNDAS GRANT.

Ulcération de la langue chez un enfant de deux ans et demi, par DUNDAS GRANT. — Il s'agit probablement de tuberculose.

Tuméfaction rétro-pharyngée, par BENNETT (présentée au mois de mai). — On avait pensé à de la tuberculose; le traitement mercuriel a fait diminuer rapidement le gonflement. L'auteur pense néanmoins qu'il ne s'agit pas d'une lésion syphilitique, mais d'un processus inflammatoire chronique.

Deux cas de nécrose de l'ethmoïde, par W. HILL. — Le frère et la sœur syphilitiques héréditaires présentent cette lésion.

X. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE AUTRICHIENNE

Séance du 31 Octobre 1904

Président : H. POLITZER. — Compte rendu par L. REINHOLD.

(Suite).

Démonstration de deux squelettes de souris, par HAMMERSCHLAG. — L'un présente des altérations pathologiques remarquables. Les deux souris proviennent d'un essai d'élevage d'il y a presque deux ans. On a croisé une souris dansante striée mâle avec une souris albinos ordinaire femelle. De ce croisement provenaient les mêmes souris grises au nombre de cinq, qu'avait déjà obtenu HAKE dans ses expériences, souris qui apparemment ne diffèrent guère des souris domestiques; elles sont de très grande taille et excessivement sauvages. Or une de ces souris a été croisée avec une souris albinos femelle; cette copulation a eu comme produit une souche de huit petits. Trois d'entre eux se sont développés en souris

de très grande taille, très sauvages, d'apparence en pleine possession de leurs sens et pareilles à des souris domestiques normales ; cinq étaient albinos et présentaient toutes un aspect maladif : leurs mouvements étaient très lents et maladroits, elles restèrent dès le début plus petites que leurs sœurs grises et ne se développèrent que très péniblement. Aucun de ceux-là n'atteignit la puberté : deux succombèrent assez vite l'un après l'autre sans raison apparente ; deux se noyèrent dans le vase contenant leur eau potable. C'est surtout cet accident qui nous fait tirer la conclusion que ces animaux étaient d'une constitution générale très faible et d'une maladresse excessive. La cinquième souris blanche qui avait subsisté, a été à l'âge d'environ un mois, en même temps qu'une de ses sœurs grises, tuée et son squelette a été préparé. On avait été frappé déjà à l'occasion de la préparation du squelette de la souris blanche que les os étaient si peu durs et si flexibles que la préparation plus minutieuse des parties molles n'a pu être complètement exécutée. Et voici les altérations constatées sur le squelette de cette souris blanche : cet animal est dans toutes ses dimensions plus petit que l'autre, les vertèbres sont moins hautes, les os longs de tous les quatre membres sont plus courts. L'omoplate est plus petit dans tous les sens, les os iliaques montrent une incurvation ventrale très prononcée ; la partie supérieure de la colonne vertébrale coccygienne est également très courbée. Les altérations les plus saillantes se trouvent aux côtes. Celles-ci sont plus épaisses et plus lourdes que celles de l'animal sain et montrent par endroits des épaississements fusiformes comparables à peu près à des fractures guéries. Leur crâne est plus petit et la fissure sphéno-occipitale encore ouverte, tandis qu'elle est à peine perceptible chez l'animal sain. Du résultat de cette expérience il se dégage deux questions :

1^o Sommes-nous ici en présence d'une anomalie de croissance du squelette, accidentelle, ou est-elle causée par une alimentation spéciale, ou bien une anomalie de développement congénital vraie ?

2^o Cette anomalie, si elle est congénitale, peut-elle être mise en analogie avec une anomalie de croissance quelconque chez l'homme ?

Hammerschlag ne veut pas encore s'exprimer définitivement sur ces deux questions, aussi longtemps qu'il ne se serait pas formé une idée plus nette, basée sur des essais d'élevages ultérieurs et sur des recherches microscopiques des os.

PALTAUF a attiré l'attention sur le fait qu'il y a des animaux préhistoriques, ceux qui étaient obligés de vivre dans des eaux fermées, montrant des tuméfactions d'os de squelette semblables à celles décrites plus haut, à l'opposition des représentants de la même espèce vivant dans la mer libre. On en pourrait conclure que ces altérations sont dues à une modification des conditions de vie, surtout de l'alimentation.

Quant à l'animal en question on pourrait observer que les cinq souris blanches ont été élevées en commun avec leurs trois congénères

gris et allaitées par leur mère commune; plus tard elles ont été gardées dans la même cage et nourries de la même manière. Cependant attendons pour conclure jusqu'au moment où nous aurons multiplié nos observations.

Quant à l'analogie avec des troubles de croissance chez l'homme, HAMMERSCHLAG cite deux sortes d'altérations congénitales déterminant un retard de développement du squelette, c'est-à-dire la chondrodystrophie fœtale et l'ostéogénèse imparfaite (ostéoporose); le manque de dureté, la fragilité du squelette et les tuméfactions des côtes rappellent dans une certaine mesure l'ostéogénèse imparfaite.

XI. — SOCIÉTÉ LARYNGO-OTOLOGIQUE DE MUNICH

Séance du 17 octobre 1904

Président : HECHT

Démonstrations, par NEUMAYER. — 1° *Un appareil de protection* pour le médecin contre les crachats des malades toussant pendant l'examen et le traitement des voies respiratoires supérieures. Le dos du réflecteur porte une lame en mica qui protège la figure de l'examineur; 2° présentation d'une malade atteinte de *sténose trachéale syphilitique*; 3° un cas de *kératose pharyngée*. Comme traitement, l'orateur trouve que l'enlèvement mécanique des excrescences vaut mieux que toutes les autres méthodes.

Présentation d'une malade ayant une dent aberrante dans la fosse nasale, par HECHT. — Démonstration de radiogrammes.

Séance du 21 novembre 1904

Président : HAUG

Démonstrations, par SCHAFER. — 1° *Un cas de voix sortant des bandes ventriculaires opéré et guéri*. — Malade de 17 ans avait, étant enfant une voix normale et claire. A cinq ans, elle fut atteinte de diphtérie et dut être tubée à cette occasion. Depuis, c'est-à-dire depuis douze ans, elle a une voix grave, voix de poitrine. Au laryngoscope les cordes vocales paraissent normales. Mais un polype grand comme une fève, partant de la commissure, empêche leur jonction à la phonation. Les bandes ventriculaires paraissent avoir pris la fonction de manière vicariante; aussi sont-elles hypertrophiées. Le polype enlevé, les cordes vocales deviennent libres, mobiles et peuvent fermer la glotte. Ensuite on a procédé à l'enlèvement d'une partie de ces bandes ventriculaires hypertrophiées. Alors la malade devient aphone. Electrification endolaryngée sans résultat.

Exercice phonétique d'après la méthode de SPIESS. Peu à peu la voix revient et devient normale. — 2° *Une lampe nouvelle électrique pouvant être attachée directement à la section de lumière, sans appareil intermédiaire.*

Démonstration, par HECHT. — 1° *Une curette nasale*; 2° *un porte-coton flexible pour le canal frontal*; 3° *des miroirs atticoscopiques stérilisables par ébullition*; 4° *un couvercle pour le pansement rétro-auriculaire.*

Séance du 12 décembre 1904

Démonstration d'une tumeur bossellée dépassant la grosseur d'une noisette, ayant été enlevée de la face orale de l'épiglotte, par NEUMAYER. — Résultat de l'examen histologique; on voit du tissu adénoïde ayant pris comme point de départ la tonsille linguale. La tumeur fut enlevée sous l'anesthésie à la cocaïne et à l'aide de l'autoscope de KIRSTEIN, avec la pince, sans entraîner une hémorragie importante.

Démonstrations, par HAUG. — a) *Atrésie traumatique du conduit auditif*. — Un ouvrier, 42 ans, dont l'oreille fut écrasée à l'occasion d'un accident; il avait été pris en écharpe par un wagon en marche et poussé contre un mur. Le pavillon gauche a été contusionné et le conduit cartilagineux complètement tranché. Un médecin avait pansé l'oreille en la recouvrant avec de la gaze iodoformée. Quatre mois plus tard, le malade vient à la polyclinique et l'on constate à cette occasion une cicatrice récente tout le long de la ligne d'insertion antérieure et supérieure du pavillon. Au-dessus de l'articulation du maxillaire inférieur, à côté du tragus, une fistule dont il s'écoule du pus provenant d'un grand abcès péri-auriculaire. L'ouverture extérieure du conduit n'existe plus. Voix de chuchotement pour cette oreille: 4 m. 1/2, Weber à gauche, Rinne franchement négatif. Oreille droite normale. Le patient ne consent pas à une opération radicale. Ce cas est instructif. Si l'on se demande si l'atrésie a pu être évitée, il faut avouer que c'eût été possible. La faute fondamentale avait été de la part du médecin de ne pas avoir sans doute reconnu la déchirure du conduit auditif et par conséquent de ne pas être intervenu contre celle-ci. La plaie avait été traitée comme une contusion de la surface et c'est ainsi que, vu la tendance des lésions traumatiques du conduit auditif d'agglutiner et d'atrésier, la suture organique, la fermeture cicatricielle avaient été les conséquences fatales de ce traitement. Si le conduit auditif avait été tamponné après l'accident, ceci l'aurait en même temps redressé et il se serait de nouveau attaché à sa base osseuse. On aurait dû naturellement soigner également les granulations de la déchirure. Grâce à l'omission du tamponnement, les choses se sont mal passées.

b) *Amputation du pavillon pour cancer.* — H., 65 ans, s'est aperçu il y a un an d'une tumeur indolore, grosse comme un petit pois, située sur la face postérieure du pavillon de l'oreille. La tumeur grandissait rapidement. Son début remonté à un *noëvus* pigmenté, verruqueux, à l'insertion supérieure de l'oreille. Ce *noëvus* fut souvent irrité (au cours de la toilette, en se peignant, etc.). Macroscopiquement la tumeur se présente comme un cancer qui est ulcéré en partie. On procède à l'ablation totale du pavillon. Hémorragie assez forte. Guérison par granulation. Il n'y avait pas d'infiltration ganglionnaire.

L'examen microscopique permet de constater qu'il s'agit d'un cancer, ayant le stroma alvéolaire peu développé, très riche en vaisseaux, en partie mélanotique. Il s'agit sans doute d'une métaplasie de ce *noëvus* verruqueux pigmenté.

(Traduction par L. REINHOLD.)

XII. — ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 28 novembre.

Compte-rendu par E. BOTELLA (de Madrid)

Fibro-sarcome du corps thyroïde, par E. BOTELLA (est publié *in extenso*).

L'auteur présente une malade opérée par lui. TAPIA vit à la clinique la malade en train d'asphyxier par la pression que la tumeur, décrite par BOTELLA, exerçait dans la trachée; il proposa immédiatement l'extirpation comme opération radicale ou comme acte préparatoire à la trachéotomie. Il croit qu'il s'agit d'un fibro-sarcome; il n'en est cependant pas sûr, bien que le diagnostic semble être confirmé par la présence, en diverses régions du corps, de tumeurs semblables.

Ce cas est très intéressant à cause de l'examen histologique qui vient renouveler la question de la valeur du microscope en clinique. Si parfois cet examen est positif et ne laisse pas de doutes, il n'en est pas de même dans d'autres circonstances. Dans les tumeurs du type embryonnaire, comme celle dont nous parlons, l'erreur est facile, puisque même le simple tissu de granulations peut se confondre avec un sarcome. Les cellules géantes semblent tuberculeuses, mais il faut tenir compte de ce qu'elles existent aussi dans le sarcome.

TAPIA félicite BOTELLA pour sa brillante exposition du cas et pour sa maîtrise opératoire.

GARCIA DEL MAZO : Le cas en question ressemble quelque peu à la sarcomatose bénigne; il serait d'avis qu'on extirpât et examinât une des petites tumeurs.

BOTELLA remercie Tapia de ses félicitations. Les doutes au sujet du premier diagnostic clinique n'ont pas été éclaircis entièrement

par l'examen histologique, le savant CAJAL a partagé ce doute quand il a examiné les préparations dans lesquelles il y a des zones franchement sarcomateuses, et d'autres, peu nombreuses, franchement tuberculeuses. On enlèvera à la malade une des petites tumeurs et on en fera l'examen.

Séance du 5 décembre.

Un cas de nécrose syphilitique de la troisième vertèbre cervicale, par FORNS. — Vieux syphilitique avec troubles de la gorge et difficulté à la déglutition. Gomme ulcérée de la paroi postérieure pharyngienne, dans le fond de laquelle on aperçoit un os mobile qu'on enlève et qui est le corps de la troisième cervicale. Traitement spécifique. Le malade a guéri, mais il reste des symptômes de compression médullaire.

TAPIA cite un cas semblable dans lequel la lésion [syphilitique] osseuse superficielle, due aussi à une gomme ulcérée et qui produisait de l'asphyxie et de la dysphagie, guérit sans séquestre. Ces cas sont graves; certains malades moururent subitement, comme celui de LEYDEN et COOPER, accident qu'on peut éviter par l'immobilisation; si dans ce cas, il n'y a eu d'accident d'aucune nature, cela est dû peut-être à ce que, dans la syphilis, le processus de destruction est accompagné d'une prolifération exubérante et condensante qui, dans de certaines limites, peut immobiliser la colonne vertébrale; cependant, ce même processus de défense peut devenir redoutable en provoquant des exostoses qui compriment la moëlle ou rétrécissent les trous de conjugaisons. Il est donc urgent de faire porter au patient un appareil d'immobilisation.

FERNANDEZ SANZ dit avoir vu un cas de paralysie bulbaire que le diagnostic attribuait à une artérite syphilitique pér bulbulaire. Le malade mourut. A la nécropsie on trouva une tumeur dans le péduncule cérébelleux moyen et une exostose pointue de l'apophyse basilaire qui rétrécissait le trou de conjugaison et comprimait la moëlle.

PEREZ JABREJAS. La syphilis des vertèbres est assez rare. Elle commence par une périostite vertébrale qui peut prendre la forme poreuse ou condensante, c'est-à-dire la gomme ou la sclérose de l'os. Le traitement peut donner de bons résultats.

L. GUEDEA cite un autre cas de syphilis vertébrale cervicale. Le cas présenté par FORNS pourrait être de l'ostéomyélite ordinaire des corps des vertèbres chez un syphilitique. Les lésions destructrices, ulcéreuses et gangréneuses du pharynx sont des portes ouvertes aux diverses infections septiques. Il serait bon que FORNS levât les doutes pour savoir si la lésion osseuse de ce malade est venue des parties molles du pharynx et si l'amélioration est due au traitement anti-syphilitique ou simplement aux soins de propreté de la cavité une fois que le séquestre fut éliminé. Il croit que l'immobilisation est néces-

saire, non seulement pour éviter un accident possible, mais aussi pour obtenir une régénération osseuse sans déformation.

VALLE Y ALDABALDE, SALAS, MAURILLA, MARQUEZ et d'autres prennent part à la discussion de ce cas et agitent la question de l'utilité et de l'efficacité des divers modes d'administration du mercure.

FORNS dit que le séquestre était mobile, libre d'adhérences, et d'extraction facile; il croit que la crainte d'une mort subite n'a aucun fondement et il présente, à l'appui de son opinion, une pièce sèche sur laquelle les corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres sont soudées; il affirme que la nature a de suffisants moyens de défense. Il désirerait qu'on ouvrît sur ce point une large discussion.

(A suivre).

III. — BIBLIOGRAPHIE

- I. — **Les traumatismes de l'appareil auditif**, par Passow, professeur à l'Université de Berlin et à l'Académie Wilhelmine pour le perfectionnement des médecins militaires; avec 41 gravures et 4 planches. Wiesbaden, 1905, chez Bergmann, in-8° de 277 pages.

Complétant ses publications antérieures sur les traumatismes auriculaires, Passow vient de faire paraître sur le sujet une excellente monographie, qui lui a demandé, affirme-t-il, dix ans de recherches personnelles et d'investigations approfondies dans la littérature médicale. C'est dire que tous les côtés de la question ont été étudiés avec le plus grand soin et que le distingué professeur de l'Université de Berlin et de l'École de perfectionnement des médecins militaires a pu y faire preuve de toute son érudition et de son sens critique si développé. L'inspiration à laquelle il a obéi en écrivant cet ouvrage est des plus heureuses; car, si les matériaux bibliographiques ne manquent point, si des maîtres éminents ont déjà en partie montré la voie à suivre, il ne faut pas oublier néanmoins combien les lésions traumatiques auriculaires sont difficiles à apprécier dans leur étendue, dans leur siège et dans leurs conséquences éloignées. Un exposé d'ensemble devenait absolument nécessaire; il faut être reconnaissant à Passow d'avoir comblé cette lacune importante de l'otologie.

Comme plan, il a adopté l'ordre anatomique si commode et si clair. C'est ainsi qu'il traite successivement des traumatismes du pavillon, du conduit auditif externe, du tympan, de la caisse, de la trompe, de l'apophyse mastoïde, du labyrinthe, du nerf auditif; cependant il n'a pas méconnu non plus les exigences de la clinique qui ne se contente pas toujours de cette classification exclusivement topographique. On trouve donc des chapitres spéciaux sur les corps étrangers de l'oreille, sur l'hystérie auriculaire, les névroses traumatiques de l'appareil auditif, etc. D'importants articles sont consacrés à la simulation, aux infirmités temporaires ou définitives de l'ouïe, au cas de mort par lésions graves de l'oreille, tant au point de vue de la médecine légale que de l'assurance sur la vie et du service militaire. Nous ne pourrions le suivre dans tous ses développements; faute de place, nous devons nous contenter ici d'analyser les paragraphes si importants qu'il consacre aux traumatismes des différentes régions de l'oreille.

I. *Traumatismes du pavillon.* — Les traumatismes du pavillon présentent, dit-il, cette particularité, à cause de l'adhérence de la peau au cartilage, d'être à la fois cutanés et cartilagineux. Bien que Politzer (*Lehrbuch der Ohrenheilk.*, 4^e édition, Stuttgart, 1901), Kessel (*Ueber die Function der Ohrmuschel bei den Raumwahrneh-*

mungen. Arch. f. Ohrenheilk., 1882), Bürkner (Arch. f. Ohrenheilk., 1883, XXII), Kirschner (Beitrage zur Topographie des äusseren Ohres mit Berücksichtigung der hier einwirkenden Verletzungen. Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg. Neue Folge, 1881, XVI) et aussi Boucheron, Gellé, en France, que l'auteur ne cite pas, aient démontré que la perte du pavillon amène des troubles réels (perte de l'orientation, de la concentration des sons), il est bien certain que les inconvénients les plus marqués sont d'ordre esthétique. A ce point de vue on peut dire avec Passow que les destructions totales ou partielles de la conque sont, pour le malheureux qui en est atteint, une source de déboires et de chagrins continuels. Pour montrer que les conséquences fâcheuses sont bien de cette nature, Passow invoque les cas de Toynbee (Maladies des oreilles), de Trautmann (Traité de médecine légale de Maschkas, 1881), où des traumatismes graves du pavillon n'eurent, comme conséquence au point de vue auriculaire, aucune perturbation sérieuse. Les lésions superficielles, les érosions seraient négligeables, si elles ne devenaient pas assez souvent la source de dermites infectieuses, telles qu'érysipèle, eczéma, impétigo. Cependant Sendziack (Ueberluetischen Primäraffekt in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1900, XXXIV) a vu quatre fois des morsures s'accompagner de chancre induré syphilitique du lobule. La périchondrite est devenue exceptionnelle depuis l'antiseptie et ne se produit guère que par le séjour d'un corps étranger infecté dans l'intérieur des tissus (aiguille rouillée dont le bout s'est cassé dans le cartilage). Brown (Lancet, 1898), Holt (Transactions of the American otol. Soc., 1892), Moir (Lancet, 1900) ont publié des observations de morsure d'animaux ayant détaché une partie plus ou moins considérable de la conque. Franck a vu une morsure d'homme (Handbuch der practischen Ohrenheilk., 1845) produire le même résultat. Courtade a observé un cas de détachement du pavillon par le forceps (Annales des maladies de l'oreille, 1895). Trautmann avait déjà signalé des faits semblables (Médecine légale de Maschkas, 1881). Les projectiles, les coups de sabre, les explosions de grenade agissent de même et peuvent, d'autre part, par l'attrition qu'ils déterminent, amener la gangrène consécutive des parties restantes de la conque. La compression par un bandage serré peut parfois être funeste à ce point de vue (Trautmann, id.). Quand la section ou la déchirure ont été grandes, on ne saurait, dit Passow, prendre trop de précautions dans la suture, qui ne doit pas être trop serrée. Mais il faut se souvenir aussi que les lambeaux, même ne tenant plus que par un petit pédicule, finissent ainsi par se recoller; parfois aussi la cicatrisation s'opère quand le lambeau a été complètement détaché, mais promptement recollé (Trautmann, id., Dornblüth. Caspars Woch., 1836). Billroth a même vu le succès se produire, bien que le morceau d'oreille eût été enlevé depuis deux jours (Arch. f. klin. Chir., 1869). D'ailleurs les opérations autoplastiques peuvent améliorer la situation, même en cas de perte étendue.

Dans les circonstances malheureuses (le plus souvent arrachements étendus), le méat externe se bouche et il faut le rouvrir artificiellement (Courtade, Trautmann) ; mais il faut veiller à ne pas avoir un resserrement cicatriciel ultérieur (Courtade, Schwartz, in *Traité des maladies des oreilles*). Politzer (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*) et Senator (*Arch. ital. di otol.*, XV) ont vu des atrésies de cet orifice, à la suite de sections transversales du pavillon passant par le méat.

Les corps très chauds, les caustiques, la vapeur d'eau, peuvent amener des brûlures étendues de la conque, ainsi que Trautmann (Masckas) et Blau (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1883) en ont publié divers exemples. Le traitement rationnel de celles-ci, ainsi que celui des froidures, est exposé très longuement et suivant les indications variées qui se présentent.

La coutume barbare et irrationnelle du percement des oreilles est surtout dangereuse par l'inoculation de maladies graves telles que la syphilis (Sendziak, id.), l'érysipèle (Thorner : *J. of the Amer. med. Association*, 1894), l'herpès tonsurant (Bentowin : *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, 1901), la tuberculose (Eiselsberg : *Wien med. Woch.*, 1887) et Düring (*Monatsschrift f. pract. Dermatologie*, 1888). Les vieux auteurs tels que Robe Moreau et Frank avaient déjà rapporté l'histoire de graves complications à la suite de cette manœuvre. Lannois (*Zeitschrift f. rat. med.*, 1865), Hufeland (*Journ. der practischen Heilkunde*, 1806), Altschul (in Schwartz *chirurgischen Krankheiten des Ohres*, 1885) ont observé des cas de morts par suppurations étendues, gangrène ou tétanos. Frank avait vu autrefois des accidents scrofuleux bien nets. Trautmann en a noté de tuberculeux dans sa clientèle personnelle ; d'ailleurs les cicatrices exubérantes, d'un fort laid aspect, ne seraient point rares (fibromes ? chéloïdes), suivant Knapp (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1876), Bürkner (*Lehrbuch der Ohrenheilk.*, 1892), Grüber (*Lehrbuch der Ohrenheilk.*, 1888), Scheppegrell (*New-York med. J.*, 1896). Hilton aurait même constaté ultérieurement au percement des oreilles une tumeur érectile (Schmidts *Jahrbuch*, 1863) et Kipp (*Amer. otol. Soc.*, 1875), un angiome caverneux. Le neurome lui-même pourrait résulter de ce petit traumatisme (Haug : *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1894).

Quant à l'othématome, qui a suscité tant de travaux et tant d'hypothèses pathogéniques contradictoires, Passow n'accepte pas la division de Hartmann en kyste et en othématome proprement dit, quelque séduisante que soit en apparence cette classification ; il regarde la forme kystique comme une lymphorrhagie ou une exsudation inflammatoire secondaire. Les lésions anatomiques seraient du reste les mêmes dans les deux cas ; il y aurait des transitions assez nombreuses entre les deux variétés, d'après Laubinger (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1899). En tout cas, l'othématome pourrait, suivant Blau, se produire parfois subitement (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1883). L'âge n'aurait pas une influence bien marquée. Son mode de production serait quelquefois très lent et tout à fait indolent. Le siège le plus fréquent serait la partie supérieure du pavillon, principalement la fosse

triangulaire. La forme est celle d'une moitié de noix dont la base serait appliquée sur l'oreille. Si les démangeaisons sont fréquentes, il n'en serait pas de même des douleurs violentes; sa tension est variable, on a la sensation d'un liquide, d'une masse de suif, d'un corps dur (par prolifération du cartilage et résorption de l'exsudat). Parfois il y aurait calcification et même ossification véritable. Le méat peut être comprimé ou même obturé, surtout quand par suite d'un processus de rétraction la partie supérieure de la conque auditive se déforme. Au point de vue pathogénique, Passow rappelle les assertions de Gudden (Virchovs Arch., 1870) qui, contrairement aux auteurs français, attribua l'othématome des aliénés non à une origine spontanée, mais aux coups d'infirmiers brutaux. Cependant, on a rencontré ces tumeurs spontanées chez des phthisiques et des cachectiques variés, d'après Fischer (Allgemeine Zeitung f. Psychiatrie). Parreidt, Simon, tiennent aussi pour l'origine spontanée. Meyer s'efforce même de démontrer que, pour que l'othématome se produise, des lésions cartilagineuses antérieures sont absolument nécessaires (Virchovs Arch., 1863). Mais les conclusions de ce dernier sur la fréquence de la périchondrite chez les aliénés ont été vivement combattues par Fürstner (Thèse de Berlin, 1891). D'autre part, E. Fränkel démontra la production facile de l'hématome chez les animaux par une simple pression (Virchovs Arch., 1885). L'existence d'othématome chez des sujets non aliénés et bien portants a été du reste signalée par Blau, Brunner, Gruber, Schwartz, Steinbrügge, Passavant, Hessler, Laubinger, Conachie qui, sur 29 cas de cette affection chez des soldats, en a observé 21 de traumatiques et 6 de spontanés. Passow en a vu 12 cas chez des enfants bien portants et nullement aliénés. Dans l'hospice de fous d'Heidelberg, il a vu parfois des othématomes en apparence spontanés, mais la plupart étaient traumatiques. Du reste le mal s'observerait surtout chez les soldats, les bateleurs, les lutteurs et les professionnels, chez qui les oreilles sont très exposées aux traumatismes (Yasusaburo Sakaki, C. R. de l'Université de Tokio, 1899). Suivant l'auteur, les malades dissimulent souvent la vérité par fausse honte ou quand ils sont déments; ou bien ils ne font pas la part des contusions chroniques comme dans le cas de Laubinger. Parfois les froidures sont en jeu comme dans le cas de Brunner. Finalement Passow rejette l'othématome spontané pour n'admettre que le traumatique.

La périchondrite du pavillon peut résulter d'un traumatisme, d'une brûlure, d'une froidure, d'une piqûre d'insecte ou d'une piqûre avec un instrument septique. Brieger a vu le froid produire de la périchondrite traumatique hypertrophique. Barnick (Arch. f. Ohrenheilk., 1895) a publié quelques cas d'inflammation grave du cartilage; mais ces faits sont rares depuis l'introduction de l'antisepsie dans le traitement des plaies auriculaires. On ne voit donc plus guère de ces altérations qui suppurent si longtemps et aboutissent dans les cas les plus favorables à des déformations très étendues et très désagréables.

II. *Traumatismes du conduit.* — Les traumatismes du conduit

peuvent résulter d'un arrachement de la conque comme dans le cas de Koll (Arch. f. Ohrenheilk., 1887); mais ces plaies par irradiations sont rares. Plus fréquentes sont les blessures par instruments piquants ou contondants pénétrant par le méat. Parfois, comme dans les faits de Kirchner, les conséquences peuvent être sérieuses (Aertztliche Intelligenzblatt, 1880) et amener des suppurations interminables, des nécroses osseuses, des formations polypeuses, des atrésies du canal, de la mastoïdite, de l'otite moyenne par propagation. Hedinger (Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1884) a observé une hémorragie très sérieuse, bien qu'il n'y eut pas fracture du crâne, ni blessure du tympan.

Les projectiles peuvent aussi être incriminés et amener des désordres effrayants. Treitel a vu des brûlures du conduit par des liquides bouillants, par la vapeur (Deutsche med. Woch., 1902). Les lésions déterminées par des médicaments caustiques dans les cas de maux de dents ont été signalés par Weintraub (Allgemeine Wiener med. Zeitung, 1879) et Heimann (Medicina, 1893), etc. Parfois les conscrits d'après Tyrmann (Verletzungen des Ohres und deren Folgezustände, Wien, 1903) se mettent eux-mêmes des caustiques dans le conduit pour provoquer de graves troubles auriculaires. Ces brûlures par les corps très chauds ou les caustiques sont bien entendu non seulement longues à guérir, mais laissent des coarctations cicatricielles très fâcheuses après leur guérison. Schirmanski a pu détruire celles-ci avec des incisions profondes et la galvanocaustique (Petersburger med. Woch., 1886). Ostmann a obtenu de bons résultats avec l'électrolyse (Berliner klin. Woch., 1896); mais Passow croit que celle-ci agit d'une façon trop lente et trop peu sûre.

Lorsque les os sont intéressés il peut survenir des exostoses préjudiciables. Schwartz (Arch. f. Ohrenheilk., 1899) a fait une étude détaillée de ces sortes d'atrésie du conduit auditif. Passow en a vu un exemple à la suite de brûlure du canal par la vapeur d'eau; le conduit était lésé dans toute sa moitié externe, l'épiderme soulevé, mais le tympan avait échappé à toute atteinte, contrairement à ce qu'on devait supposer; six mois après survenait une sténose fort gênante qu'il fallait opérer; on trouva une hyperostose circulaire fort étendue. Dans le cas de Knapp (Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1884), où la sténose était due à une brûlure par l'acide sulfurique concentré il y avait également exostose. Comme traitement, Passow recommande de détacher le pavillon et de l'attirer en avant comme dans l'évidement pétro-mastoïdien et de faire sauter ensuite avec la gouge l'hyperostose tout en respectant soigneusement le tympan, si celui-ci existe encore. C'est ainsi qu'on agira aussi dans le cas de sténose membraneuse, si le point atrésié est assez loin du méat. C'est ce que recommande également Schwartz. On s'attaquera même alors à l'os pour élargir le canal; car c'est seulement ainsi qu'on évitera les récidives. La portion membraneuse du conduit dans les ablations d'hyperostoses sera fendue et traitée comme le conseille Körner dans l'évidement pétro-mastoïdien. On tentera du reste d'emblée celui-ci lorsqu'il existe, en même temps que l'atrésie du canal, une otite moyenne.

Les fractures du conduit, qui sont depuis longtemps bien décrites dans nos traités de chirurgie français sont de la part de Passow l'objet d'assez longs développements. L'auteur rappelle, d'après Bezold, que les balles quand elles pénètrent dans le conduit avec une force assez faible se logent presque toujours dans la paroi postérieure, comme le démontrent les cas de Wolf (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, 1892), de Tibbets (*Med. Record*, 1899), de Buck (*New-York med. record*, 1872), de Barnick (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1895), de Grunert (*Arch. f. Ohrenheil.*, 1894), de Gauthier (*De l'écoulement du sang par l'oreille. Thèse de Paris*, 1879), de Carette (*Annales des maladies des oreilles*, 1898). On trouve aussi dans le compte rendu sanitaire de l'armée allemande (années 1870-71) sept cas de ce genre, dont un suivi d'opération. Même si ces corps étrangers métalliques sont bien supportés par les os, Passow veut qu'on en fasse l'opération; car d'un moment à l'autre, parfois au bout d'un temps très long il peut survenir de la carie ou de la nécrose. On se conduira comme pour l'exostose ou pour les premiers temps de l'évidement pétro-mastoïdien, c'est-à-dire qu'on commencera par récliner le pavillon en avant et par fendre la portion membraneuse du conduit. On recourra au besoin au trépan comme dans les cas de Terrillon (*Annales des maladies des oreilles*, 1878) et de Kühn-Böckel (*id.*). Les perforations des parois du conduit par instruments piquants ont été observées par Bergmann, Bezold, Ostmann (*Deutsche med. Woch.*, 1896), qui retira de la paroi postérieure la pointe d'un couteau qui y avait séjourné douze ans. Voss en a eu un exemple où la pointe du couteau était allée se loger jusque dans le labyrinthe, après avoir traversé le conduit et la caisse. L'instrument peut partir aussi de la joue, même de la bouche (Adams, *Trans. Amer. soc. otol.*, 1895) pour aboutir au conduit.

Les fractures par contre-coup à la suite d'une chute sur le menton sont bien connues en France. Passow les étudie longuement et les explique en partie par l'existence de lacunes osseuses des parois dont l'existence a été signalée depuis quelque temps (Bürkner, *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1878). L'épaisseur des parois, la forme individuelle du conduit et du tubercule articulaire postérieur, la forme et l'épaisseur du condyle du maxillaire seraient aussi à considérer. A ce point de vue Passow fournit des renseignements intéressants complétés par quelques figures explicatives. D'après Hüttig (*Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin*, 1893-94) et Baudrimont (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1884), l'absence de molaires faciliterait la fracture; car par leur frottement l'une contre l'autre ces dents affaibliraient la force du traumatisme! La tension musculaire de la région ne serait pas non plus une chose indifférente d'après Sune y Molist (*Revue mensuelle de laryngologie*, 1888) et Haug (*Monatschrift für Unfallheilkunde*, 1895), parce que l'os a alors moins de jeu et que la force ne peut agir que dans une seule direction. Suivant Passow, la fracture serait d'autant plus facilitée que les dents ne sont point pressées les unes contre les autres et par conséquent

point disposées à atténuer la force du coup par leur frottement. L'auteur insiste sur les difficultés parfois considérables du diagnostic, sur les troubles consécutifs qui résultent de l'existence de cette fracture. Après avoir ôté les caillots du conduit s'il y en a, on ordonnera surtout le repos de la région; après avoir bourré le conduit de ouate-aseptique, on applique un bandage immobilisateur approprié. S'il n'y a pas eu rupture du tympan, la guérison s'effectuerait en quelques jours. S'il y a suppuration, on pansera en conséquence et on enlèvera le séquestre quand celui-ci sera près de se détacher. Parfois il se produit une exostose consécutive comme dans le cas de Wägenhauser (Arch. f. Ohrenheilk., 1889) ou une névralgie rebelle (Kirchner, in Wurtzburg med. Abhandl. 1901). Enfin la fracture peut exister de deux côtés comme Schwartz Kretschmann (Prager med. Woch., 1888), Baudrimont (comme plus haut), Jakubasch (Berliner klin. Woch., 1878) en ont vu des exemples. Passow en a observé un cas survenu après une chute de bicyclette.

Le coup et contre-coup porte parfois non sur la paroi postérieure mais sur la paroi antérieure du conduit ainsi que cela eut lieu dans le fait rapporté par Williams (Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1885) le patient était tombé sur la partie postérieure de la tête.

L'auteur accorde quelques lignes à l'hématurie spontanée du conduit (Arslan, Dünn, Haug), aux hémorragies hystériques sans blessures (Chavanne), aux otorragies menstruelles (Ferreri, Stepanow, Eitelberg, Gradenigo). Stein a vu une hémorragie spontanée se produire à la suite de rotation répétée du corps sur lui-même chez un enfant; le sang s'écoulait des glandes cérumineuses.

III. *Traumatismes du tympan.* — Les traumatismes du tympan sont comme on le sait, de cause directe ou indirecte; ils peuvent être superficiels ou intéresser l'épaisseur tout entière de la membrane. Les ruptures seraient pour Schwartz de 1%, suivant Bezold de 0,43%, de 1,07 suivant Chimani, de 2,16 suivant Treitel par rapport au chiffre global des affections auriculaires. Des chocs légers suffisent à congestionner le tympan et les hémorragies traumatiques avec ou sans perforation y sont très fréquentes. Les travaux des champs, principalement lors de la moisson quand des paillettes de blé pénètrent dans le conduit, sont l'occasion de nombreuses éraflures et parfois de déchirures; d'où la fréquence des maladies du tympan chez les gens de la campagne. Il en est de même pour les bûcherons. Suivant Politzer et Schwartz, la moitié postérieure du tympan serait le plus souvent blessée; suivant Zaufal ce serait la moitié antérieure (Arch. f. Ohrenheilk., 1873), à cause de la déviation qu'imprime la paroi postérieure du conduit au corps étranger traumatisant. Passow est arrivé à des conclusions analogues par ses recherches cadavériques. En général les brûlures du conduit s'accompagnent de brûlure du tympan; mais il n'en est pas ainsi d'habitude, c'est le conduit qui seul est lésé, parfois comme dans un cas très curieux décrit par Passow, c'est le tympan. Du plomb fondu (Wederstrandt, Amer. J. of med. sc., 1852), de la fécule de pomme de terre dans de l'eau en ébullition

(Marian : Arch. f. Ohrenheilk., 1885), de l'huile bouillante (Martin, Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1899), de la vapeur d'eau (Treitel, Deutsche, med. Woch., 1902), la teinture d'iode (Schwidop, Arch. f. Ohrenheilk., 1897) ont été dans ces cas l'occasion de ces brûlures du tympan. Wreden a constaté une destruction du tympan à la suite d'injection d'ammoniaque dans les fosses nasales (Petersburger. med. Zeitung, 1871). Les symptômes, l'évolution, le diagnostic, le mode de réparation des perforations du tympan étant aujourd'hui bien connus, nous n'insistons pas sur la longue et minutieuse exposition de l'auteur. Parfois une rétraction secondaire augmente l'ouverture quand celle-ci ne se cicatrise pas (Bezold). Les bains, les plonges surtout, les injections aqueuses dans l'oreille déterminent assez souvent des ruptures du tympan qui du reste guériraient assez facilement quand on prend des mesures aseptiques. Une brusque compression ou décompression d'air soit du dehors, soit du dedans (douche d'air dans la caisse) peuvent amener des effets très nuisibles. Troeltsch, Moos (Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1878), Trautmann (Arch. f. Ohrenheilk., 1885), Schubert (Arch. f. Ohrenheilk., 1885) ont décrit des ecchymoses ou même des hémorragies assez intenses qui relevaient de ce mécanisme. Parfois, comme on le sait, il y a même rupture. On a incriminé comme agent de rupture le marteau (Kirschner). Passow fait remarquer que ces forts ébranlements d'air agissent avec une telle violence sur l'organisme que le mode de rupture du tympan reste assez obscur. Il se peut que les vibrations violentes du conduit, se transmettant au tympan, rompent cette membrane délicate. On a incriminé encore les soufflets sur l'oreille, l'action du spéculum de Siegle, les baisers sur l'oreille (Bürkner), les quintes de toux (Trautmann et Welsford), l'éternuement (Hüttig), l'insufflation nasale par la méthode de Politzer. Il faut rappeler à ce sujet que si le tympan a des mouvements d'excursion assez étendus à cause de son mode d'attache, il est par contre dépourvu d'élasticité suivant Helmholtz et Siebenmann. Sur quarante-huit perforations de cette membrane examinées par Passow, trente et une étaient dues à des soufflets sur l'oreille, deux à un coup de tablette, une à une chute d'un poids lourd sur l'oreille, trois à une chute du côté de la rupture, deux à un plongeon dans l'eau, deux à une détonation d'arme à feu près de l'oreille, une à un cathéterisme mal fait de la trompe, etc.; vingt-neuf fois la rupture était à gauche, dix-neuf fois à droite et deux fois des deux côtés. Comme on le voit, le maximum existe nettement à gauche. Le sexe masculin est le plus exposé; aussi sur ces quarante-huit cas de rupture, trente-six se trouvaient chez des hommes. Les ruptures sont parfois multiples (Trautmann, Politzer, Urbantschitsch, Schwartze). Passow a constaté chez un écolier que le professeur avait souffleté sur l'oreille gauche une rupture non à gauche mais à droite. On finit par apprendre que l'enfant pour éviter la gifle s'était cogné la tête à droite contre son banc; de là le siège en apparence paradoxal de la lésion.

L'auteur consacre un paragraphe intéressant et très développé

aux ruptures à la suite de détonations par armes à feu ; il cite à ce sujet les recherches de Müller (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, 1899). Si les canons sont surtout à incriminer, un pistolet (Wagenhauser), un fusil de chasse (Siebenmann) peuvent agir de même quand leur détonation se fait près une oreille qui sera lésée. Passow insiste sur la faiblesse de l'hémorragie dans ces sortes de ruptures ; parfois elle fut même nulle, mais alors il constata que la perforation s'était faite au niveau de vieilles cicatrices. Des ruptures de chaudières (Keller, Stankowski), d'un récipient de chlorure d'éthyle pour préparer l'éosine (Moos), de dynamite (Christinneke, Schwartze) amènent parfois les mêmes effets qu'une détonation d'arme à feu. Parfois on a incriminé un coup de tonnerre (Ludewig, Robinson, Clark, Galle, Bürkner) ; mais on ne sait alors comment l'accident peut se produire. Les ruptures par cause indirecte semblent avoir un siège indéterminé ; on n'est pas fixé du moins sur le point où existe le maximum de fréquence. Sur 48 cas de cette nature, Passow a vu siéger la perforation 17 fois dans le quadrant postérieur et inférieur, 13 fois dans le quadrant antérieur et inférieur. Souvent la déchirure est commune, dit-il, à ces deux quadrants inférieurs. En réunissant les cas de Nothers, Köbel, Cizycki, Spitter, Treitel, Hertz, Ostmann, avec les siens, Passow a pu arriver à une masse globale de 191 cas dont le dénombrement par quadrant lui a donné la même proportion que celle citée antérieurement. Il a donc constaté que les lésions siégeaient surtout en bas et en arrière, plus rarement en haut. De nombreuses figures donnent une idée très nette de la forme de ces ruptures tympaniques dues à l'ébranlement de l'air.

IV. *Traumatismes de la caisse.* — Les traumatismes de la caisse sont plus sérieux que ceux du tympan, déjà plus graves que ceux de l'oreille externe ; et ceci est vrai tant au point de vue de l'audition que des complications suppuratives du voisinage, des ébranlements cérébraux, des fractures du rocher, etc. Ces lésions peuvent être directes et produites par un corps étranger qui, en traversant le tympan, a pénétré dans la caisse et intéressé la muqueuse et les parois osseuses ou bien uniquement les osselets. Il peut y avoir blessure concomitante du facial, de la corde du tympan, de la veine jugulaire interne, de la carotide, du cerveau, quand le toit a éclaté (cas de Ballage, in *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, 1893). Les traumatismes de la caisse peuvent résulter d'une fracture du temporal à la suite d'un coup sur le méat ou dans son voisinage, d'une fracture du crâne, d'une douche d'air forcé par la trompe, quand il y a des synéchies de la caisse, d'une décompression brusque de l'air chez les ouvriers qui travaillent dans une atmosphère comprimée. Dans ces cas, les lésions portent naturellement surtout sur la chaîne des osselets. Il se produit parfois un hématome de la caisse (Schwartze, Trautmann, Eitelberg), et une partie du sang s'échappe du côté de la trompe. Quand il s'agit de rupture d'adhérences, l'hématome peut être très localisé, ne se retrouver par exemple que dans l'attique (Wagenhäuser). Par contre

le sang se répand parfois jusque dans les cellules mastoïdiennes (Trautmann et Brieger). Comme symptômes de ces hémorragies de la caisse, on peut noter la diminution de l'ouïe, des bourdonnements, de la pesanteur et de la tension d'oreille ; parfois les symptômes sont nuls, comme dans le cas de Brieger où, la mort étant survenue par méningite, on constata l'hématome de la caisse au cours de l'autopsie. Ces épanchements de sang, même quand ils sont considérables, peuvent très bien se résorber, s'il ne survient pas de complications. Il ne faut pas ponctionner ; car on augmente ainsi les chances d'infection. Parfois le sang reste sans se résorber ou se coaguler pendant de longs mois (Smith). Ces hémorragies se retrouvent souvent chez ceux qui ont été pendus ou étranglés (Zillner). Morgagni avait déjà fait cette remarque, ainsi que Bernt, Wilde, Taylor, Ogston, Hofmann. Nobiling les a observés chez les fœtus qui meurent au passage pendant l'accouchement.

Les blessures déterminées par de petits instruments piquants guérissent très bien, si la plaie n'a pas été infectée. Dans ce dernier cas, des caries, des mastoïdites peuvent se produire. Passow montre qu'il est impossible de prévenir actuellement l'otite, même à la suite d'un traumatisme assez léger. Tout dépend de l'infection primitive ou secondaire ou de l'absence de celle-ci. Les irrigations, les insufflations ne font qu'accroître les dangers d'une réaction inflammatoire ; le mieux est de s'abstenir de toute intervention active et de ne faire que de l'asepsie. On doit se contenter d'enlever le corps étranger, s'il est resté dans la caisse, et les caillots en même temps avec une irrigation très prudente à l'eau boriquée.

Les ruptures et fractures des osselets, assez mal connues jusqu'ici, sont bien décrites par Passow, à l'aide de quelques faits qu'il a recueillis dans la littérature médicale (Moos, Ménière, Troeltsch, Turnbull, Bürkner, Morrison Ray, Rohden et Kretschmann, Pritchard, Allport). Le plus souvent les lésions siègent du côté du marteau, parfois du côté de l'enclume (Schwartz, Scheier) dans les tentatives d'extraction de corps étranger ou quand le corps étranger a frappé l'osselet en question. L'articulation de l'enclume et de l'étrier peut être blessée par une aiguille enfoncée à travers le tympan. Jansen s'est basé sur ce fait pour rejeter la paracentèse dans le quadrant postéro-inférieur, tout près du conduit ; mais Passow n'admet pas l'exactitude de cette affirmation. Protégé qu'il est par sa situation reculée dans la fenêtre ovale, l'étrier n'est presque jamais lésé par un traumatisme ; mais il peut se rompre dans les tentatives de mobilisation ou d'extraction. Fedi a noté, en même temps qu'une cicatrice du tympan, une rupture de cet osselet au cours d'une autopsie.

Les lésions concomitantes de la corde du tympan (Toynbee, Troeltsch, Trautmann, Neumann) seraient accompagnées de perturbation du goût. Passow se livre à ce sujet à des considérations intéressantes sur la zone d'innervation de ce nerf et sur les déductions pratiques qu'on en peut tirer dans les cas de blessures ou de section de la corde. Maier a essayé aussi de démontrer ce qu'il advient du goût dans ces circonstances.

Le facial peut être intéressé à la suite d'une piqûre de la caisse (Voss), d'une fracture des parois de celle-ci (Matte); mais presque toujours caisse et aqueduc de Fallope sont touchés dans les cas de fracture du crâne.

Le bulbe de la jugulaire est parfois accessible par le tympan (Zuckerkandl, Müller). Körner a montré que la déhiscence de la cloison osseuse de séparation entre ce bulbe et la caisse est assez fréquente. Il est donc facile de comprendre que ce vaisseau ait pu être lésé dans les cas de Ludewig, Hildebrandt, Gruber, Max et Seligmann. Passow a observé un exemple pareil dans la clinique de Trautmann. Parfois la cloison de séparation entre la caisse et la carotide fait également défaut (Zaufal, Friedlowsky, Gruber). Plus fréquentes sont les simples lacunes, d'après Kan, un élève de Passow, qui a constaté, sur 934 crânes, 16 fois cette disposition. Hansen enfin a vu sur un crâne la carotide parcourir librement la caisse (Münchener med. Woch., 1903). Passow montre qu'avec les nouveaux projectiles de guerre, les blessures de la caisse et des vaisseaux du voisinage tendront certainement à devenir de plus en plus communes. En tout cas, les lésions par pistolet, revolver, carabine Flaubert seraient plus fréquentes que ne semblent prouver les relevés dans la littérature médicale. Souvent la balle s'encastre dans le recessus épitympanique. L'auteur indique l'évolution de ces traumatismes spéciaux, d'après Trautmann, Hüttig, Urbantschitsch, Avoledo, Orne-Green, et d'autres. L'extraction des balles dépendrait du siège de ces corps étrangers (Bernhardt); mais Passow n'est pas de cet avis, il se prononce énergiquement pour l'intervention opératoire.

De petits paragraphes sont consacrés aux brûlures propagées du conduit, à l'action désastreuse de l'eau froide dans les cas de perforation tympanique.

V. *Traumatismes de la trompe*. — Les traumatismes de la trompe d'Eustache sont exceptionnels à cause de la situation très reculée, très protégée de cet organe. Lorsqu'ils se produisent, ils passent souvent inaperçus à cause de la gravité des lésions des parties voisines, au désastre desquelles ils ont participé; ce n'est donc que si le malade guérit qu'on s'aperçoit à la longue des dommages supportés par ce canal. C'est ainsi qu'on finit par constater des rétrécissements ou même des occlusions; celles-ci s'accompagneraient de la formation d'un exsudat de la caisse (Scheibe, Brieger, Preysing), que Kanthack a trouvé absolument aseptique (Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1891). L'aspect du tympan refoulé en dedans, terne, bleuâtre est bien connu dans ces cas. Si le rétrécissement est cicatriciel, le traitement est difficile (Politzer, Bürkner), la dilatation par les bougies échouant souvent et les caustiques étant dangereux et à peu près inapplicables. Kenefick a cependant recommandé l'électrolyse. Si l'atrésie est d'origine osseuse, le mal est incurable. La dilatation forcée est dangereuse; car on pourrait parfois blesser la carotide (Vollolini). Les faits de blessure des trompes par armes à feu seraient extraordinaires.

rement rares dans la littérature médicale, puisque le rapport sur l'état sanitaire de l'armée allemande en 1870-71 n'en contient qu'un cas qu'on peut rapprocher de ceux de Wolf (Arch. f. Ohrenheilk., 1874) et de Moos (id). Schwartzé a publié aussi une observation, où une balle de revolver était venue se loger dans la trompe droite. Bezold a observé une section de la trompe par un coup de couteau qui avait pénétré au niveau du tragus. Le médecin qui avait traité d'abord le malade avait méconnu ces désordres anatomiques et avait attribué les troubles auditifs à de la simulation. Les traumatismes par maladresse opératoire sont un peu plus fréquents ; mais il est inutile d'insister. Parfois, pendant le vomissement, l'éternuement, des parcelles alimentaires pénètrent dans les trompes et y jouent le rôle de corps étranger (Schwartzé) ou bien c'est un ver qui se glisse dans ce canal (Wagenhäuser, Urbantschitsch, Köbel). Passow insiste sur ce fait que, pendant le bain, l'eau fait effraction quelquefois dans la trompe d'Eustache ; il en est de même, bien entendu pendant la douche nasale. Quand l'organe est ainsi envahi, il se congestionne, s'enflamme d'une façon plus ou moins grave et durable ; ses lésions compromettent l'intégrité de la caisse. Parfois la réaction est cependant insignifiante et le corps étranger (dans le cas de Fleischmann c'était un grain de blé) peut rester ainsi enclavé pendant de longues années. Dans un fait publié par Trautmann, un noyau de cerise avait pénétré à une faible profondeur de la trompe qu'il avait ulcérée. Camerer a observé chez un jeune enfant l'expulsion par le conduit auditif d'un brin de paille qui avait pénétré deux ans auparavant par la trompe. Urbantschitsch (Berliner klin. Woch., 1877) ont vu des faits de ce genre. Dans le cas de Schade, un jeune homme ayant aspiré par mégarde un clou renfermé dans une cigarette, ce corps étranger pénétra dans la trompe, puis dans la caisse et finalement un an après dans le conduit. Les corps étrangers au lieu de cheminer de dedans en dehors peuvent voyager en sens contraire ; aussi Albers (Zeitschrift f. die gesammte Med., 1838) raconte qu'une aiguille qui avait perforé le tympan fut rejeté quelque temps après pendant l'acte de cracher. Kealy (Medical Times, 1859) a extrait du cou, au voisinage du larynx, une épingle qui avait perforé également la membrane du tympan quelque temps auparavant. Parfois c'est le bout d'une sonde ou d'une bougie qui se brise (Heckscher, Schallé, Eitelberg, Wendt, Bürckner) ; ce qui montre combien on doit être prudent dans les manœuvres sur ce canal et combien on doit être méticuleux sur la qualité des cathéters.

VI. *Traumatismes de la région mastoïdienne.* — Les blessures de la couche cutanée n'ont aucune importance. Il en est de même des hémorragies qui se produisent dans les cellules mastoïdiennes chez les étranglés ou les pendus, et chez les fœtus en train d'asphyxier dans le passage vagino-périnéal au moment de l'accouchement (Nobiling). Les hématomes abondants par commotion de la tête à la suite par exemple d'une chute de cheval (Stucky. J. of med. amer. Association 1899), peuvent, par leur présence, amener des symptômes de com-

pression cérébrale assez graves pour nécessiter la trépanation mastoïdienne. Quand la fracture est simple, elle est rarement grave au niveau de l'apophyse mastoïde ; mais il n'en est pas de même si elle est compliquée, à cause des accidents suppuratifs qui peuvent gagner le voisinage, notamment le sinus latéral. Parfois toute l'apophyse peut être détachée (Boullet, Thèse de Paris, 1878). Parfois la fracture en s'irradiant peut intéresser la base du crâne et amener une paralysie du facial (Burnett). Du reste le mode de constitution très individuel de cette apophyse explique combien un même traumatisme peut amener suivant les cas des lésions fort différentes, d'autant plus qu'il peut exister des adhérences (Kiesselbach, Bürkner, Fleisch, Zuckerkandl) sous l'influence d'un processus syphilitique, rachitique, etc. Hyrtl, qui les a souvent constatées chez les femmes, croit que la grossesse peut être incriminée. Sonnenburg, Schwartze pensent que l'excès de pression atmosphérique dans la caisse par l'acte d'éternuer, de se moucher, par le Valsalva trop répété, peut agrandir les dimensions des cellules mastoïdiennes. Les fissures mastoïdiennes restent souvent ouvertes (Kirchner, Kiesselbach), le processus de réparation de la brèche osseuse faisant défaut. L'empyème du tissu cellulaire cutané s'explique par le contenu d'air assez abondant des cellules mastoïdiennes. Il peut être assez abondant comme dans les trois cas de Bezold, dans celui de Haug. Il peut se produire enfin un pneumatocèle, quand de l'air s'infiltré entre le périoste de l'apophyse mastoïde et la couche osseuse sous-jacente, à la suite d'un éternuement violent (Wernher) ou de la douche d'air (Schmidt et Badt). Dans le cas de Chevance, il y avait eu chute sur les pieds. Le pneumatocèle est d'ailleurs une lésion rare (Sonnenburg). Parfois il succède à un évidement mastoïdien, comme dans les cas de Passow.

Les traumatismes les plus fréquents sont ici les blessures par armes à feu ; le genre de lésion dépend de la direction de la balle et de sa force de pénétration. Souvent une balle de revolver reste enclavée (Wolf, Ferrer, Bacon, Sune y Molist), à la suite d'une tentative de suicide. Le pronostic dépend uniquement de la question de savoir si le voisinage a été intéressé ou non. Parfois le facial peut être lésé (Duplay). L'ouïe est surtout touchée, mais pas dans tous les cas (Wolf). L'extraction est beaucoup facilitée par la radiographie.

La balle peut ne déterminer aucune réaction quand elle s'enclave, comme le démontrent les faits recueillis par Burnett et Garrigou-Desarènes ; mais parfois la réaction symptomatique est violente et il peut même survenir de la suppuration (Schmaltz, Verhandl. der Otol. Gesellschaft, 1897). Parfois le projectile voyage et s'engage dans le conduit ou dans le cou.

VII. *Blessure du labyrinthe.* — Passow a consacré un chapitre très important à cette question qui avait été négligée jusqu'ici et il l'a rendue plus claire par des considérations d'anatomie topographique et de physiologie. Il s'appuie en somme sur le même ordre d'argu-

ments que Bonnier lorsque ce dernier s'est efforcé de dégager le facies du labyrinthisme. La clinique ne confirme jusqu'ici que partiellement ces vues, parce que les destructions bilatérales du labyrinthe sont en somme une grande rareté. Cependant, on possède le cas de Gruber (*Allgemeine med. Z.*, 1864), où une carie double du rocher avait lésé très sérieusement, des deux côtés, l'oreille interne. L'auteur ne signale pas l'existence du vertige. Dans le cas de Max (*Wiener med. Woch.*, 1891), le malade très intelligent se rendait parfaitement compte des symptômes qu'il éprouvait; lors de la lésion du premier labyrinthe le vertige apparut, mais s'effaça lors de la destruction totale nécrotique de l'oreille interne de ce côté; le vertige reparut quand le deuxième labyrinthe fut malade à son tour pour s'atténuer ensuite, mais pas complètement. Peu après le malade succombait aux attaques d'une méningite à marche lente. Dans le cas de Hertzfeld (*Berliner klin. Woch.*, 1901), ce symptôme vertige fit également défaut comme dans le fait de Gruber. Les bourdonnements paraissent liés surtout aux altérations du ganglion spinal et du nerf cochléaire; car, chez un jeune malade mort de tuberculose et qui avait été tourmenté au déclin de sa vie par des bruits subjectifs intenses, Wittmaack (*Zeischrift f. Ohrenheilk.*, 1904) ne trouva que ces lésions.

Le labyrinthe peut être blessé par un instrument piquant ayant pénétré par le conduit (Bürkner, Caifassi, Brieger, Delstanche, Fedi, Hartmann, Hennebert, Schwartz, Kayser, Löhnberg, Voss), puis par la caisse et habituellement la fenêtre ovale. Les blessures de l'oreille par armes à feu sont un peu plus fréquentes et elles s'accompagnent le plus souvent de mort soit immédiate, soit consécutive à une méningite. Cependant chez la malade observée par Rossi (Congrès international d'otologie, Trieste, 1882), la balle passa d'une région mastoïdienne à l'autre et causa une surdité complète. Le facial ne fut pas atteint. Dans le cas de Politzer, la balle s'était arrêtée vers la base du rocher, comme le démontra la radiographie. Il y eut en outre de la surdité, de la paralysie faciale. Une otorrhée, qui persista pendant plusieurs années, succéda à l'accident. Péan constata deux fois le siège de la balle dans le rocher (*Semaine médicale*, 1897). Dans le cas de Körner (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1891), le malade se tira un coup de revolver dans l'oreille droite. Il ressentit une vive douleur, mais ne perdit pas connaissance. Il se rendit lui-même auprès d'un médecin, tomba en route, mais put se relever. On constata qu'il était complètement sourd à droite. Il se plaignait de maux de tête et de vertiges, avec bourdonnements. Un écoulement abondant de périlymphe se produisit; puis les symptômes s'améliorèrent, mais la surdité persista. La balle s'était encastrée en bas et en arrière dans la caisse. Thiery a observé (*Bull. soc. anat.*, Paris, 1888), un fait semblable. Signalons enfin les irradiations des fractures du crâne dans le labyrinthe (Moos).

II. — Le coryza syphilitique, rhino-pharyngite purulente septico-pyohémique chez les nouveau-nés syphilitiques, par Paul Gastou, ancien chef de clinique de la Faculté à

l'Hôpital Saint-Louis. Paris, chez Doin ; brochure de 34 pages avec illustrations dans le texte.

Le rôle des infections secondaires, au cours des affections les plus manifestement spécifiques, telles que les fièvres exanthématiques, la dothiéntérie, la tuberculose ouverte, etc., semble prendre une importance sans cesse grandissante. La syphilis ne paraît pas devoir échapper à ce mouvement ; l'une des manifestations les plus graves, et des plus fréquentes aussi malheureusement de sa variété héréditaire, est regardée par beaucoup comme étant surtout une rhinopharyngite septico-pyohémique. Quelle est l'influence de la cause spécifique, dont le rôle est indiscutable, puisque les microbes pyogènes ont besoin vraisemblablement de son aide pour réaliser cette phlegmasie si redoutable des fosses nasales ? La vérole agit-elle en créant un terrain spécial par dégénérescence, par un empoisonnement toxémique des tissus, ou détermine-t-elle des lésions qui sont comme une sorte d'appel pour des altérations morbides vulgaires. Suivant l'auteur, cette dernière hypothèse devrait être rejetée. Au début, on ne constaterait que de la desquamation épithéliale quelconque avec congestion vasculaire superficielle. « Dans les parties profondes, les artères et les veines sont béantes et entourées de cellules d'infiltration, mais dans aucune des parties les coupes ne donnent l'impression de péri-artérite ou de formation analogue au syphilome infiltré ou circonscrit.... » ; « pas de polynucléaires ni de cellules plasmiques ; aucune infiltration s'organisant en syphilome. Autour des vaisseaux même, l'infiltration est légère ; c'est à peine si on observe une prolifération de l'endothélium vasculaire. » Plus tard, ces transformations inflammatoires s'exagéreront et on rencontrera çà et là des amas lymphoïdes adénoïdiens¹. On constate en même temps, plus facilement qu'au début, une infection polymicrobienne évidente. Il existe dans l'exsudat et à la surface de la muqueuse une flore variée de germes pathogènes, parmi lesquels le plus important et le plus actif paraît être le streptocoque en chaînette de quatre à huit éléments, à grains petits, et qu'on rencontre de préférence au pourtour de l'orifice des glandes.

Le siège des lésions et leur nature expliquent assez bien la symptomatologie. C'est parce qu'elles se rencontrent dans les fosses nasales, dont le bon fonctionnement est si indispensable à l'organisme des jeunes sujets, que la respiration, la succion sont notablement entravées, ainsi que la déglutition, lorsque le pharynx est envahi à son tour, ce qui ne tarde guère ; il en résulte que l'enfant dépérit, prend l'aspect d'un petit vieux ou même l'apparence simiesque (Parrot). En outre des perturbations mécaniques, il y en a d'origine réflexe ; cela n'a pas lieu d'étonner quand on songe à la richesse

1. Ces amas de lymphocytes, rappelant plus ou moins les inflammations nodulaires types de la tuberculose, de la syphilis, de la morve, mais sans cellule géante, sans disposition régulière concentrique, se retrouvent, comme on le sait maintenant, dans beaucoup de maladies infectieuses.

en terminaisons nerveuses et aux connexions de la muqueuse nasale. C'est ainsi qu'on peut observer du spasme glottique, une toux coqueluchoïde, de l'agitation, des convulsions.

D'autre part, la nature septicémique du mal explique pourquoi on peut voir survenir des complications toxi-infectieuses aiguës, soit locales (impetigo et érysipèles bâtarde de la face, ethmoïdites, sinusites nasales, abcès rétro-pharyngiens, pharyngites diffuses aiguës, adénoïdites plus ou moins vives), ascendantes (méningites, thrombose des sinus, encéphalites), latérales (affections auriculaires ou oculaires), descendantes (laryngites, bronchites, pneumonies, gastrites, entérites, hypertrophies hépatiques ou spléniques) et des complications *tardives*, telles que la rhinite atrophique¹ ou hypertrophique, les nécroses osseuses, les laryngites chroniques, les végétations adénoïdes, les otites moyennes purulentes chroniques, la surdité. Il ne faut pas oublier non plus que, si même le sujet atteint de coryza syphilitique échappe à ces multiples dangers, tous ses tissus auront sérieusement pâti de l'empoisonnement septique. Il se produira consécutivement un arrêt de développement ou un développement incomplet avec signes de dégénérescence (ex. triade clinique d'Hutchinson, asymétrie faciale, nanisme)².

Cette grande variété d'accidents morbides expliquent pourquoi les symptômes observés sont fort différents parfois, suivant les cas.

Le début, souvent obscur, se décèle à un observateur attentif par un ensemble de phénomènes qui relèvent presque tous de l'obstruction nasale : « Dès que le nouveau-né est mis au sein, il fait quelques suctions et s'arrête, il recommence, mais à nouveau il cesse et se retire le plus souvent en criant, quelquefois en suffoquant, et alors son visage est rouge et cyanosé.

« Si au lieu du sein le nouveau-né est au biberon, les mêmes phénomènes se produisent, mais avec moins d'intensité.

« Après plusieurs tentatives pour téter, il cesse et s'endort.

« On constate alors qu'il est enchifrené. Sa respiration est bruyante, difficile, comme haletante. L'expiration est sifflante. Il dort mal, se réveille en sursaut et se met à crier.

« Éveillé, il respire la bouche ouverte et fait entendre une sorte de ronflement, de gargouillement pharyngien qui, d'abord peu marqué, s'accroît ensuite de plus en plus.

« Si on cherche à le remettre de nouveau au sein, il se précipite la bouche ouverte sur le mamelon, essaie une succion, mais rapidement s'interrompt pour respirer, crie, s'agite et refuse le sein.

1. La nature syphilitique de l'ozène idiopathique a été affirmée dès le début du XIX^e siècle. Tout au plus pourrait-il s'agir d'une affection parasymphilitique, les lésions spécifiques faisant défaut et les traitements habituels restant sans action. Il est possible que la vérole, en créant un terrain de dégénérescence, favorise l'éclosion de l'ozène, comme d'autres facteurs étiologiques.

2. Cette atrophie, ce nanisme peuvent du reste être le fait de la syphilis seule, sans l'aide d'infections secondaires ; mais le fait est rare.

Si le mal a franchement l'allure d'une rhinite, le tableau morbide ne tarde pas à se préciser : « Une sérosité purulente, souvent sanieuse, hémorragique et fétide, accompagnée de bulles d'air, s'écoule abondamment des narines, s'étalant au-dessous du nez sur la lèvre supérieure, s'étendant vers les commissures labiales, franchissant l'ouverture buccale pour gagner le menton en faisant entendre dans les efforts respiratoires un bruit semblable à du gargouillement.

« En même temps que l'écoulement s'étale, au contact de l'air il se concrète, les poussières s'y mélangent, et tout le pourtour des narines, les lèvres et quelquefois le menton se recouvrent de croûtes.

« Sur l'ensemble du visage à peau ternie, sur un teint pâle et blafard, au-dessous d'un front bistré, on voit de chaque côté du nez, s'étendant au delà des narines et des commissures buccales, une nappe d'un rouge vif, cerise ou vineux, quelquefois cuivre, sur laquelle s'étalent des croûtes jaunes, rougeâtres, noirâtres, séparées par des fissures profondes qui, partant des lèvres et surtout des commissures, vont jusque sur les joues et le menton. A ces fissures se joignent des excoriations qui, aux moindres cris de l'enfant, s'écartent et saignent. »

Dans la station verticale, ainsi qu'il arrive dans un grand nombre de dyspnées mécaniques, l'enfant arrive encore à respirer tant bien que mal ; mais, si on le couche, la gêne respiratoire éclate avec toute son intensité. Aussi le sommeil est-il constamment interrompu par des phénomènes de suffocation ; cette insomnie accentuée encore les symptômes de marasme. De temps à autre, un violent accès d'éternuement qui projette au loin les mucosités nasales soulage pour bien peu de temps le petit malade. Mais, à côté de ce coryza antérieur type ou coryza fissuraire, il y a d'autres formes cliniques moins fréquentes, moins nettes, mais aussi importantes à étudier, que Gastou appelle coryza postérieur, adénoïdite subaiguë, rhino-pharyngite suffocante et rhino-pharyngite septicémique aiguë ou subaiguë. Les altérations morbides occupant dans ces cas une région plus postérieure que précédemment, le jetage nasal est bien moins prononcé ou même nul ; mais la dyspnée et la dysphagie sont peut-être encore plus accusées que précédemment. L'examen attentif de la paroi postérieure du pharynx et même du cavum si cela est possible, l'allure des phénomènes morbides, leur évolution, les commémoratifs permettront d'affirmer le diagnostic. Signalons la gravité toute particulière de la rhino-pharyngite suffocante, qui tue en quelques heures et en tout cas en quelques jours.

Étant donné que les microbes pyogènes ont une influence si grande sur la production du coryza syphilitique des nouveau-nés, il faudra prendre des mesures de prophylaxie sérieuses pendant et après l'accouchement chez les sujets prédisposés. Lorsque le mal éclate, on s'efforcera de désinfecter les fosses nasales, mais sans les traumatiser, de crainte de septicémie par inoculation, et en respectant les trompes encore très perméables. Aussi, on s'abstiendra des manœuvres brutales, des injections poussées avec force. Comme

beaucoup de nos antiseptiques sont toxiques pour de jeunes organismes, c'est à l'eau oxygénée, si microbicide et d'une inocuité parfaite, que l'on recourra de préférence. Il ne faudra jamais oublier que ce traitement local est absolument nécessaire et qu'il est appelé à rendre les plus grands services, ainsi que le faisaient prévoir déjà les considérations pathogéniques et la clinique.

C. CHAUVEAU.

III. — Le traitement actuel de l'otite aiguë au point de vue des médecins praticiens, par HEERMANN, privat docent à Kiel. Halle, chez Marhold. Collection de Bresgen continuée par Heermann. Brochure de 23 pages.

Comme le fait remarquer l'auteur, le traitement de l'otite moyenne aiguë, qui a semblé à un certain moment si simple, si immuable, subit à l'heure actuelle des transformations assez profondes, ou du moins menace de les subir; car l'accord est encore loin d'être fait. Lorsqu'on considérait la plupart de ces inflammations comme des phlegmasies banales, dans lesquelles le fait dangereux était l'accumulation et la stagnation du pus dans la caisse, il paraissait indispensable d'évacuer ce pus au plus vite pour l'empêcher de refluer en quelque sorte mécaniquement en arrière dans les cellules mastoïdiennes.

Dans ces dernières années, Zaufal, de Prague, est venu ébranler ces données fondamentales, en affirmant que l'affection était le plus souvent cyclique comme la pneumonie, et que l'envahissement mastoïdien n'était pas dû habituellement à une cause mécanique, mais à la virulence exaltée des microbes, à une question de terrain, à une disposition anatomique individuelle élargissant les moyens de communication entre les cellules mastoïdiennes et la cavité tympanique. Ainsi se trouvaient expliquées pas mal de mastoïdites précoces, où il est impossible de parler de reflux des liquides purulents de la caisse, nécessairement encore très peu abondants. Aussi, Zaufal et son élève Piffel s'élèvent-ils maintenant contre la paracentèse précoce du tympan, préconisée par l'école de Halle et acceptée jusqu'ici par tout le monde, (ses services paraissaient évidents et elle ne semblait pas entraîner de conséquences fâcheuses). Les novateurs ne déniaient pas du reste entièrement son utilité et même sa nécessité, par exemple, quand le tympan est fortement bombé, quand les phénomènes réactionnels intenses semblent bien avoir en partie une origine mécanique, etc.; mais ils veulent restreindre assez notablement ses indications.

Devant ces contradictions entre deux otologistes aussi éminents que Schwartze, qui continue à soutenir ses anciennes idées, et Zaufal qui maintenant les renie, le médecin praticien, et aussi, avouons-le, le jeune spécialiste, sont bien en droit d'hésiter, quoi que les nouvelles doctrines aient encore peu de partisans. C'était donc pour eux une bonne fortune qu'un auriste aussi érudit et aussi bon clinicien qu'Heermann, le distingué continuateur de la collection

Bresgen, ait pris l'initiative de leur expliquer l'état de la question et de leur indiquer en même temps sa façon de voir.

Sans froisser personne et de la façon la plus impersonnelle possible, il a résumé le mouvement qui s'était fait dans les esprits depuis Kramer, le continuateur d'Itard en Allemagne. Il a exposé les vues de Zaufal et de Piffel et rappelé que la clinique, c'est-à-dire l'expérience de tous les jours, devait avoir le dernier mot. Or, suivant Heermann, l'observation, non dans les grandes cliniques où l'on ne peut suivre suffisamment de près les malades, mais dans la clientèle privée, où les conditions sont tout autres, prouverait définitivement que c'est Zaufal qui a raison dans la majorité des cas. Certes, il ne conteste pas l'urgence de la paracentèse même précoce dans certaines circonstances déterminées (phénomènes éclamptiques engendrés par la dentition et l'hystérie et indiquant une susceptibilité réflexe inquiétante du système nerveux, fièvre élevée et surtout persistante, durée notable du processus inflammatoire avec hyperplasie de l'amygdale pharyngée, voussure exagérée du tympan, etc.); mais le plus souvent, il n'en serait pas ainsi, puisqu'il a pu s'abstenir de la paracentèse chez 97 % de ses malades. Si la proportion est exacte et s'il ne s'agit pas de ces séries cliniques bien connues et portant sur des cas d'otites moyennes aiguës spécialement favorables, le chiffre a de quoi faire réfléchir. On peut évidemment se demander si l'auteur qui avoue n'exercer en somme que dans la clientèle aisée, puisqu'il n'a pas de clinique, n'a point par cela même fait porter son observation sur un terrain beaucoup mieux prédisposé à la résistance microbienne que celui des miséreux qui traînent dans les locaux hospitaliers et autres, d'autant plus que ces sujets ont eu souvent des poussées d'otites antérieures, dont on n'aura pas conservé le souvenir, si la symptomatologie n'a pas été très accusée. Or, sur un terrain mal préparé par la misère et par des phlegmasies locales précédentes, quelques bénignes qu'aient été celles-ci, est-il *a priori* prudent de se priver de la paracentèse précoce? Personnellement, nous ne saurions hésiter un instant. Nous nous sommes ralliés d'autant plus volontiers à l'opinion de Zaufal et de Piffel que nous avons depuis longtemps cette conviction et y conformions notre pratique. Mais, cette façon de voir heurtait si violemment les idées reçues, que nous éprouvions quelque timidité à l'émettre.

Heermann termine son petit opuscule en indiquant sa méthode un peu particulière de traiter l'otite moyenne aiguë. Si la paracentèse n'est pas jugée encore nécessaire, il se contente du repos au lit, des évacuants, des applications humides suivant le système de Preissnitz, des applications de linge trempé dans l'alcool, (qui seraient très efficaces), des injections dans l'oreille d'une solution d'acide phénique glycinée, de l'aspirine à l'intérieur. Si les symptômes douloureux et autres persistent néanmoins pendant deux ou trois jours, si surtout la mastoïde devient suspecte, il se hâte de perforer le tympan et applique dès lors le pansement sec; car il n'est guère partisan des injections antiseptiques et détersives. Il abandonne même la

glycérine phéniquée, qui pourrait être irritante, pour recourir aux cataplasmes aseptiques, bien chauds, à la graine de lin et aux pansements à l'alcool, en ayant soin de badigeonner la région à la vaseline pour la rendre moins irritable. Lorsque la réaction inflammatoire est en grande partie tombée, il laisse le malade se lever après lui avoir tamponné le conduit auditif avec de l'ouate stérilisée qu'on change quotidiennement. S'il s'agit d'un enfant, cette ouate sera maintenue sûrement en place par un pansement aseptique.

Bien entendu, il ne se comporte ainsi que dans les otites sans infection sérieuse, primitive et surtout secondaire. Au cas contraire, il procède à des lavages abondants, et, si ceux-ci ne font pas tomber la réaction inflammatoire, à des interventions opératoires bien connues.

C. CHAUVÉAU.

IV. — La scrofule, terrain septico-pyohémique héréditaire ou acquis, par P. GASTOU, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis. Paris, chez Doin. Brochure de 112 pages avec nombreuses gravures. Prix 3 francs.

Parmi les révolutions sans nombre qui ont, de nos jours, si singulièrement changé l'aspect de la médecine, celles subies par la scrofule sont parmi les plus surprenantes et les plus instructives. On a successivement édifié (Plater, Bonnet, Astruc, Morgagni, Wharton, Faure, Bordeu, Sauvage, au XVIII^e siècle, Lalouette, White, Hufeland, Hardy, Bazin, Pidoux, Rindfleisch, Virchow, Cornil, Grancher au XIX^e siècle), puis démolì (Brissaud, Hutinel et Hulot, etc.). On a affirmé, puis nié les notions les plus fondamentales, sur lesquelles repose cette entité morbide. Certains s'en affligent et affirmeraient volontiers en face de toutes ces contradictions la faillite de la science médicale. Ils ont tort; car ils oublient que celle-ci est loin d'être faite et que bien des points échappent nécessairement aux précurseurs. Ceux qui les suivent comblent de leur mieux les lacunes qu'ils ont laissées et, cédant à un entraînement bien naturel (c'est surtout ce qu'ils ont découvert qui a de l'importance à leurs yeux), ils laissent le reste dans l'ombre. Au fond, le mal n'est pas aussi grand qu'il le paraît. Plus tard, on saura bien remettre les choses au point, si les détails, un moment sacrifiés, ont une réelle importance. C'est ce qui est en train d'arriver pour la scrofule. Le clinicien s'est insurgé contre la radiation de cette dernière du cadre de la nosologie; car il a maintes fois rencontré dans sa pratique ce type morbide appelé vulgairement scrofuleux et qui se reconnaît si aisément d'habitude aux traits grossiers du visage, au nez aplati en haut, renflé en bas, aux grosses lèvres, à la blépharite qui ronge les cils et qui coexiste si fréquemment avec du blépharospasme ou des taies de la cornée, aux éruptions cutanées, si multiples, si étendues, si tenaces, au catarrhe des muqueuses nasales, pharyngées, laryngo-trachéales, aux écoulements purulents des oreilles, aux lésions si souvent tuberculeuses des poumons et des articulations. Bazin avait

tracé un tableau saisissant de cet état constitutionnel qu'il appelait diathèse scrofuleuse, pour l'opposer à la diathèse arthritique et herpétique. Il avait excellemment montré que ses manifestations, soumises le plus souvent à une véritable évolution progressive et chronologique, d'abord bénignes et superficielles, devenaient avec l'âge, de plus en plus malignes et profondes. Mais les progrès accomplis successivement en anatomie pathologique et en bactériologie vinrent démontrer que beaucoup de ces lésions ressortaient en réalité à la tuberculose (Friedländer, Brissaud), ou à la syphilis héréditaire (Diday, Parrot, Fournier). Hutinel et Brissaud, en insistant sur la nature septique de beaucoup d'accidents scrofuleux, semblèrent porter le dernier coup aux conceptions de Bazin. Un moment on put supposer que la scrofule avait vécu et quelques-uns saluaient sa mort sur le mode ironique : « Prenez, disait à cette époque un maître de nos Facultés, le lymphatisme, la tuberculose et la syphilis. Triturez, mélangez, brouillez, ajoutez-y une pincée de ce qu'on appelle l'herpétisme, si toutefois l'herpétisme existe, mélangez, brouillez de nouveau et servez. » Mais, contrairement à l'opinion qui vient d'être rappelée, la scrofule n'est pas le résultat hybride d'un mélange de principes contradictoires. Les éléments qui la composent sont homogènes et d'une constatation facile, si l'on consent à lui retrancher certaines manifestations qui lui sont évidemment étrangères; aussi a-t-elle résisté aux attaques les plus spécieuses et les plus spirituelles des théoriciens. Aux démolisseurs ont bientôt succédé les architectes, qui, animés d'intentions plus équitables, s'efforcent de réparer de leur mieux les brèches du passé et disposent le vieil édifice si nécessaire suivant le goût du jour, en lui faisant subir les transformations indispensables. Chose remarquable, c'est le microscope et la bactériologie au nom desquels avait été livré le plus rude assaut, qui semblent actuellement le meilleur soutien des récents restaurateurs au nombre desquels on doit surtout citer Chammier, Pierre, Gallois, Hacks et Gastou l'auteur du travail que nous analysons. Ils prennent comme point de départ ce fait maintenant bien avéré, que les éruptions cutanées ou les catarrhes des muqueuses, attribués autrefois à la scrofule, sont dus en réalité à des microbes pyogènes, c'est-à-dire en première ligne au streptocoque, puis au staphylocoque et au colibacille. Or, les germes pathogènes sécrètent, on le sait aujourd'hui, des toxines extrêmement nuisibles à l'organisme tout entier. Ils troublent le fonctionnement de parties très importantes (peau, muqueuses). Ils déterminent un arrêt de développement, bien mis en lumière par les recherches de Charrin. Or, qu'observe-t-on chez le sujet scrofuleux d'après les partisans des nouvelles doctrines? une série d'infections cutanées ou muqueuses, de plus en plus fréquentes, de plus en plus tenaces, qui aboutissent à un état septico-pyohémique permanent. Or, le tissu lymphatique (rate, ganglions, moelle osseuse), réagit tout entier, comme on le sait, en présence des infections septiques. Non seulement il se développe outre mesure, de façon à aboutir parfois à de la pseudo-leucémie, mais il

maintient certaines dispositions embryonnaires, notamment la disposition exagérée des lacunes lymphatiques; de là, le gonflement caractéristique des tissus par la lymphé, leur empâtement en quelque sorte connu depuis longtemps.

Quelles sont les infections les plus importantes? Celles qui s'opèrent sur le nez, le pharynx et les oreilles, ou celles qui ont lieu du côté de la peau? Les avis diffèrent. Il est certain que les éruptions cutanées, si multiples, si tenaces, doivent jouer un rôle important et que la suppression des fonctions, en outre des toxines dermiques, qui s'accumulent ne pouvant être éliminées, ne peut rester indifférente à l'organisme. Hacks, de Fécamp, dans un mémoire fort intéressant¹, penche nettement pour les *affections cutanées*. « La scrofule est la manifestation de leur virulence, l'expression phénoménale cutanée ou muqueuse de leur évolution. Elle est une infection à son stade superficiel streptoco-staphylo-colibacillaire, avec prédominance cependant de la virulence streptococcique et de l'impétigo, sa conséquence. L'impétigo est la manifestation la plus habituelle, la plus générale, la plus banale du complexe scrofule, celle que l'on rencontre quatre-vingt-dix fois sur cent. » Pierre et surtout Gallois pensent que l'*adénoïdisme*² est, au contraire, le facteur principal. Dans sa thèse (Nature des maladies dites scrofuleuses, Paris, 1895), le premier de ces auteurs s'exprime ainsi: « Les inflammations, dites scrofuleuses, des yeux, des oreilles, du nez, sont des maladies locales, dérivant le plus souvent d'une autre maladie également locale, l'hypertrophie du tissu adénoïde naso-pharyngien. Elles ne sont pas la conséquence du tempérament scrofuleux, elles dérivent comme lui des conditions nosocomiales antérieures et primitives de la première enfance. Leur persistance, leur récédive, trouvent leur raison dans l'existence du riche foyer microbien que recèle dans ses cryptes l'amygdale pharyngienne hypertrophiée. » Gallois a soutenu avec beaucoup de talent des idées semblables dans un ouvrage (*Sur la scrofule et les affections adénoïdiennes*, Paris, 1900) bien connu. Reprenant les conceptions émises moins nettement par Bukmann, Cheval, Pierre et Hack, il démontre que la plupart des scrofulides de Bazin sont des infections parasitaires et infectieuses, affaiblissant l'organisme, le rendant moins résistant à de nouvelles attaques et retentissant sur les ganglions lymphatiques. Mais, suivant lui, les lésions capitales sont celles du cavum accompagnées le plus souvent d'altérations semblables du côté du nez, des sinus, de l'oreille, du reste du pharynx. La scrofule serait le résultat d'une infection produite par des microbes pyogènes divers ou par le bacille de Koch. « Les pyogènes sont surtout les agents des accidents des premières périodes; le bacille de Koch, qui constitue presque à lui seul les dernières périodes, peut déjà se rencontrer dans certains accidents primitifs. » Il est d'avis de faire des infections

1. Congrès de gynécologie et de pédiatrie, 1904.

2. Lasègue, dans son *Traité des angines*, soutient déjà une idée analogue.

cutanées un groupe à part comme le proposait Chaumier (*Poitou médical*, 1890) sous le nom de *pseudo-scrofule*, et de réserver le terme scrofule « au type clinique résultant d'une infection ayant sa porte d'entrée dans une des parties quelconques de l'appareil aérien de la face, tel que je l'ai compris : pharynx, cavum, nez, sinus, oreille, appareil lacrymal ». Voici quelle serait la situation des adénoïdiens en proie aux microbes pyogènes. « L'état général est extrêmement variable et dépend de l'intensité de cette infection et de sa nature bacillaire ou non. Il faut tenir compte de ce qu'on pourrait appeler la *septicémie chronique*. Certains enfants sont en proie à une infection permanente, presque latente, ou réduite à des hypertrophies ganglionnaires minimes généralisées (micropolyadénopathie de Legroux), ou localisées (pléiades ganglionnaires). Certains auteurs, Hufeland en particulier, ont signalé dans la forme prémonitoire de la scrofule une fièvre lente¹, qui traduisait sans doute cette infection chronique. »

Gastou a utilisé toutes ces données nouvelles, notamment les remarquables recherches de D'Astros, consignées dans son rapport au Congrès de Rouen, en 1904, et qui portent sur les infections cutanées chez le nourrisson. Il n'a pas oublié non plus l'excellente thèse de Hulot sur le même sujet (Paris, 1895). Il a montré que, suivant que les microbes pyogènes envahissent le revêtement tégumentaire interne ou les différentes amygdales, l'aspect clinique n'est point tout à fait le même. Il a poursuivi avec beaucoup de clarté et d'esprit clinique la description de ces foyers de suppuration chronique qui empoisonnent l'organisme de l'enfant, l'empêchent de se développer, lui donnent un facies si spécial qu'il avait frappé tous les cliniciens, et qui finalement préparent le terrain à la tuberculose, ainsi que cela avait été déjà si nettement constaté par les grands observateurs qui nous ont précédés, puisque pour Bazin la tuberculose était l'*aboutissant naturel de la scrofule*. Des photographies nombreuses et très explicatives rendent encore plus compréhensif le texte très explicite de la belle monographie de Gastou. Celle-ci rappellera à ses lecteurs des faits entrevus et les engagera dans une voie nouvelle qui nous paraît pleine de promesses.

C. CHAUVEAU.

1. Les fièvres dites de croissance sont le plus souvent de l'adénoïdite aiguë; celle-ci est bien plus fréquente qu'on ne le croit.

IV. — REVUE DES THESES

I. — Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales (étude anatomique et pathologique), par MARC ANDRÉ (Thèse de Paris, 1905).

Ce travail comprend deux parties :

Dans la première, après l'historique, l'auteur décrit les lymphatiques en les suivant depuis leur origine dans la peau et la muqueuse pituitaire jusqu'à leur terminaison dans les ganglions de la peau et du cou.

Dans la seconde, Marc André étudie l'infection lymphatique au cours des maladies aiguës et chroniques.

L'historique nous apprend qu'il n'existe pas d'ouvrage traitant des lymphatiques du nez, antérieur à celui de Mascagni.

Boyer, Cloquet y font allusion.

Bourguery et Jacob donnent sur eux quelques détails.

Sappey fournit sur leur origine d'intéressants renseignements qu'on ne retrouve point ailleurs, laissant de côté, toutefois, la topographie exacte des ganglions régionnaires.

Ce sont Poncet, de Lyon, et ses élèves, Vigier, Jaboulay et Albertin, qui ont le mérite de rappeler l'attention sur les petits ganglions lymphatiques de la face et sur les adénites géniennes.

Vigier rapporte dans sa thèse les découvertes anatomiques que firent Debierre et Testut, de ces ganglions régionnaires.

Princeteau a rencontré ces ganglions géniens vingt fois sur trente sujets. On les divise en *ganglions buccaux* et *ganglions sus-maxillaires*.

Lymphatiques des fosses nasales. — Décrits pour la première fois également par Mascagni.

Hjalmar-Heiberg et E. Simon voient mieux leur trajet dont ils donnent une bonne description.

Sappey les étudie d'une façon plus complète.

Most, en 1901, en reprend l'étude sans jamais réussir une seule fois à mettre en évidence un réseau lymphatique complet de l'une des cavités accessoires des fosses nasales.

Communications des espaces sous-arachnoïdiens du cerveau avec les lymphatiques de la pituitaire. — A la suite d'injections poussées dans les espaces sous-arachnoïdiens du cerveau, Schwalbe, Axel, Key, Gustave Retzius, Michel, ont signalé dans la pituitaire tout un système de canaux lymphatiques qui se continueraient en haut, à travers les trous de la lame criblée, soit avec la cavité arachnoïdienne, soit avec les espaces sous-arachnoïdiens.

La technique empruntée à Gérota et introduite en France par Cunéo, est décrite par Marc André qui l'a appliquée sur des cadavres

d'enfants n'ayant guère vécu plus de six mois, un an, les jeunes sujets se laissant mieux injecter que les adultes.

Lymphatiques du nez. — L'origine est représentée par le réseau cutané, d'autres naissent des muscles, du périoste, du périchondre de la région. Les collecteurs émanés de ces réseaux peuvent être répartis en trois groupes principaux : un supérieur, un moyen, un inférieur.

Le supérieur naît de la racine du nez, au voisinage des angles internes des paupières, ses collecteurs vont aboutir dans des ganglions situés au niveau de la paroi supérieure de la parotide et dans le ganglion pré-auriculaire.

Le pédicule inférieur. — Les collecteurs observés deux fois par l'auteur, naissaient du lobule du nez et des narines pour se terminer dans les ganglions sus-hyoïdiens.

Lymphatiques des fosses nasales. ont leurs origines dans les couches du chorion qui sont immédiatement sous-jacentes à l'épithélium, doublé de sa membrane basane. Les collecteurs du réseau se divisent en deux groupes : l'un antérieur, l'autre postérieur.

L'antérieur sort, soit dans le sillon qui sépare la charpente cartilagineuse du nez de l'orifice osseux sur lequel elle est insérée, soit entre les différents cartilages, soit encore en avant de ceux-ci ; ils arrivent ainsi dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané où ils s'anastomosent avec les lymphatiques des téguments du nez pour se terminer dans les ganglions sous-maxillaires.

Les troncs postérieurs, plus importants, naissent à l'union des fosses nasales et du pharynx, en avant de l'orifice pharyngien de la trompe. Là, dans le sillon qui sépare l'extrémité postérieure du cornet inférieur, de la saillie antérieure du pavillon de la trompe, existe un véritable rendez-vous des lymphatiques des fosses nasales et de leurs cavités accessoires qui constituent, avec quelques lymphatiques pénétrant dans la trompe et la parcourant en se rejoignant sur son bord postérieur avec les autres collecteurs des fosses nasales, le pédicule supérieur et une partie du pédicule moyen. Les lymphatiques de la portion inférieure et du bord postérieur de la cloison auxquelles se joignent quelques canaux de la portion interne du plancher des fosses nasales, se réunissent pour constituer le pédicule inférieur.

Le deuxième groupe de collecteurs constitue le pédicule moyen.

Le troisième groupe constitue le pédicule inférieur.

En résumé, on voit les lymphatiques des fosses nasales posséder deux voies différentes : l'une antérieure, peu importante, l'autre postérieure, principale.

Les collecteurs postérieurs se divisent en trois pédicules : l'un supérieur, à direction presque horizontale dans la base du crâne, va se terminer dans le ganglion pharyngien rétro-latéral et accessoirement dans le ganglion supérieur de la chaîne jugulaire ou encore quelquefois dans le petit ganglion rétro-pharyngien proprement dit.

Le moyen oblique en bas et en arrière, se termine dans le gros ganglion sous-gastrique et accessoirement dans un ganglion voisin situé

au-dessus et en arrière de lui et appartenant aussi à la chaîne jugulaire.

Enfin, *l'inférieur*, presque vertical en bas et en arrière, va se terminer dans un, deux ou trois ganglions de la chaîne jugulaire échelonnée au-dessous de la bifurcation de la carotide interne.

Lymphatiques du sinus maxillaire. — Au niveau de l'antre d'Hygmore, le réseau des lymphatiques converge vers l'ostium maxillaire et vient se confondre avec ceux du méat moyen de la face supérieure du cornet inférieur et de la face inférieure du cornet moyen pour se déverser dans les ganglions pharyngiens et carotidiens.

Cellules ethmoïdales. — Les lymphatiques ethmoïdaux ont dû s'injecter par de très petits canalicules perforant les cloisons pharyngées des cellules ethmoïdales.

Relations des espaces péri-méningés et des lymphatiques des fosses nasales. — La communication entre les espaces péri-méningés et les lymphatiques de la pituitaire paraît se faire au moyen de petits canaux autonomes traversant la lame criblée.

Ces communications naso-méningées doivent être regardées comme les homologues des communications qui existent entre les espaces péri-cérébraux et les espaces lymphatiques péri-oculaires et labyrinthiques, ce qui explique : 1^o la grande indépendance du réseau injecté par la veine méningée et du réseau lymphatique de la portion respiratoire des fosses nasales ; 2^o la tension beaucoup plus grande de la région injectée par voie méningée chez les animaux qui possèdent un champ olfactif beaucoup plus étendu que chez l'homme ; 3^o la régression de ce réseau avec l'âge, régression qui marche de paire avec celle du champ olfactif lui-même.

Des planches explicatives, au nombre de sept, donnent à ce travail une clarté qu'une analyse même un peu longue ne saurait donner. Une partie clinique complète la thèse de Marc André. L'auteur applique les données anatomiques qui précèdent à une étude de l'infection lymphatique au cours des maladies aiguës et chroniques et dans les affections néoplasiques du nez et des fosses nasales. Il étudie aussi dans un chapitre spécial l'infection lymphatique des méninges d'origine nasale.

A. GROSSARD (de Paris).

II. — **Épithélioma primitif et secondaire de l'oreille externe en général et de son traitement en particulier**, par L. SERRE, de Cheylade (Cantal) (Thèse de Paris, 1904).

Les observations de cancer de l'oreille, dont la première fut faite en 1833, concernent presque toutes le pavillon de l'oreille, et il faut arriver à ces dernières années pour en trouver du conduit auditif externe.

L'étiologie de l'épithélioma de l'oreille est obscure comme celle des tumeurs des autres organes ; cependant, en dehors de l'arthritisme et de l'herpétisme, l'otorrhée chronique se rencontre souvent dans les antécédents du malade. Parmi les causes locales :

l'eczéma, le psoriasis, les gerçures du pavillon, le *lupus*, une ancienne cicatrice.

Au niveau de l'oreille comme ailleurs, l'épithélioma revêt deux formes : la forme *pavimenteuse* et la forme *cylindrique*, cette dernière plus rare.

On trouve également le *carcinome* à forme *encéphaloïde* et à forme *squarreuse*.

L'épithélioma *primitif* du pavillon de l'oreille se développe fréquemment sur le bord supérieur de l'hélix, ainsi qu'à la surface postérieure de la conque. C'est un fait frappant que seulement la peau qui recouvre le cartilage du pavillon soit prédisposée à la maladie. Le lobule n'est presque jamais le siège primitif du cancer. On a signalé le point de départ au niveau du tragus ou de l'antitragus. Rarement la lésion commence dans les parties profondes de la peau, mais parfois au niveau de ces croûtes brunâtres, adhérentes, qui portent le nom de crasse des vieillards. Quelquefois l'épithélioma se présente au début comme une petite fissure, reposant sur une base indurée, une excoriation d'aspect papillaire.

Quel que soit le début, la lésion aboutit de bonne heure à une ulcération à marche progressive. L'épithélioma *primitif du conduit auditif externe* débute généralement par des granulations qui siègent surtout sur la paroi antérieure, augmentent de plus en plus de volume et s'ulcèrent fréquemment. *Secondaire*, le cancer du conduit auditif externe provient, soit du pavillon, soit de la caisse du tympan. Les symptômes sont : la diminution de l'acuité auditive par oblitération du conduit ou compression labyrinthique.

La douleur est variable et fait souvent défaut au début. Mais elle devient très vive par l'envahissement des nerfs de la région ; on constate bien souvent de la *paralysie faciale*.

L'*amaigrissement* ne tarde pas à se manifester. Quand la tumeur a envahi le conduit auditif externe, elle peut s'étendre très vite jusqu'aux parois osseuses qu'elle détruit, allant souvent jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire.

Quand elle se propage vers le pharynx et le cou, plusieurs nerfs sont affectés : le trijumeau avec névralgies, le pneumogastrique avec tous les troubles qui en dépendent ; elle peut s'étendre vers la nuque et atteindre l'articulation atlanto-occipitale.

Les *ganglions lymphatiques* sont aussi envahis ; puis surviennent l'insomnie, les *hémorragies répétées*, et le malade meurt, dans la grande majorité des cas, de *cachexie* ou de *méningite*.

Le *diagnostic* n'offre pas de grosses difficultés, sinon au début où le néoplasme pourrait être confondu avec l'eczéma aigu, le *lupus*, l'*actinomycose*, le *fibrome*, la *chéloïde*, l'*othématome*, dont les caractères propres le distingueront ; enfin du *sarcome* dont l'examen microscopique éclaircira le diagnostic.

Pour le *conduit auditif*, il faut faire le diagnostic avec un *polype* ayant pris naissance sur le tympan. Le pronostic n'est pas trop mauvais si l'ablation chirurgicale est faite de bonne heure, large-

ment, et tous les ganglions enlevés méticuleusement. Le traitement de choix est donc l'ablation de la tumeur avec « tout » le territoire lymphatique.

A. GROSSARD (de Paris).

III. — Étude anatomo-clinique sur le sinus latéral, par Paul AKA (*Thèse de Bordeaux, 1904*).

Pendant de longues années, le sinus latéral a été considéré comme un organe dangereux à aborder et surtout à ouvrir au cours des interventions. L'existence de ce gros vaisseau à proximité de l'oreille rendait les chirurgiens très circonspects et même un peu hésitants dans les opérations faites sur l'apophyse mastoïde. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie et aussi à la connaissance plus exacte des régions annexées à l'oreille, les opérateurs sont devenus plus audacieux, et ne craignent plus d'intervenir plus ou moins largement sur les cavités auriculaires, aussi bien dans les cas aigus que chroniques, et pour des complications à distance. Toutefois, bien que l'ouverture du sinus latéral ne soit pas toujours suivie de mort, c'est incontestablement un accident désagréable obligeant à suspendre l'opération, et pouvant même, dans certains cas, entraîner des complications graves, telles que la phlébite, la thrombo-phlébite, la pyohémie, voire même l'entrée de l'air dans les sinus. Aussi l'auteur a-t-il pensé qu'il était utile de connaître, dans la mesure du possible, la situation exacte de ce gros vaisseau, ses différents rapports avec l'apophyse mastoïde, et d'exposer les moyens à l'aide desquels on peut connaître son siège, sa forme et son volume.

D'après les recherches de l'auteur, le trajet du sinus répond en général au tiers moyen de l'apophyse; les anastomoses veineuses, nombreuses et importantes, intra et extra-craniennes, et le voisinage de l'antre sont autant de causes favorisant son infection dans les supurations d'oreille; mais il offre de nombreuses anomalies de position, de forme, de volume, qu'il est impossible de déterminer par les signes extérieurs. Il est donc indispensable, quand on opère dans cette région dangereuse, de choisir avec soin ses instruments et d'adopter une technique opératoire aussi prudente que possible. La gouge paraît être à l'auteur l'instrument de choix. Il l'a toujours vu employer par le prof. Moure avec le plus grand succès; mais il faut avoir soin de la faire pénétrer très obliquement, presque parallèlement à la surface osseuse, dans la direction du conduit auditif et d'enlever l'os par copeaux plus ou moins épais suivant la résistance. Au point de vue de la technique, Aka conseille, tout en tenant compte des points de repère connus, *linea temporalis* en haut, *épine de Henle* en avant, de fixer exactement la direction du puits à creuser pour trouver l'antre. Cette direction doit être donnée par la configuration du conduit auditif externe et le plus ou moins d'obliquité de sa paroi postéro-supérieure: la cavité opératoire doit être toujours parallèle à cette paroi, l'opérateur allant pour ainsi dire de l'extérieur vers le canal tympano-mastoïdien. En observant cette technique, indi-

quée par Moure et Aka, et en s'éclairant suffisamment, il y a beaucoup de chances pour qu'on pénètre dans l'antré sans avoir blessé le sinus latéral. Telle est cette thèse qui a été faite sous l'inspiration et dans le service du prof. Moure, et qui est une excellente mise au point d'une question très intéressante d'otologie opératoire.

A.-R. SALAMO.

IV. — L'unité des Stomatites. Étude philosophique, par Fernand LEMAIRE (*Thèse de Paris, 1904*).

Si l'on supprime la cause qui est ou paraît être la cause du phénomène stomatite, l'élément micro-organique, on n'aura plus de stomatite. C'est elle qui nous donne la véritable preuve de l'origine micro-organique des stomatites.

« L'intensité et la diminution des phénomènes de stomatite sont en proportion de la virulence et du nombre des micro-organismes sur un terrain physiologique préparé.

« Les micro-organismes sont l'agent des stomatites : donc l'intensité de l'effet varie avec l'intensité de la cause. »

L'historique commence à Grisolles qui dépeint la stomatite et en distingue quatre variétés, puis vient Magitot, qui sépare le premier la gingivite de la stomatite. Richard-Chauvin et Ed. Papot reprennent la classification de Magitot et reconnaissent comme origine des gingivites une cause générale unique pour ainsi dire, le tartre dentaire, exception faite pour la gingivite aphteuse et ulcéro-membraneuse. Thomas englobe les affections inflammatoires de la bouche sous la dénomination commune de gingivo-stomatites primitives et secondaires, basée sur l'étiologie, la marche de la maladie et son anatomie pathologique.

Lebedinsky propose une nouvelle classification de la gingivo-stomatite en deux variétés : la variété spécifique et la variété septique.

Lemaire propose lui-même une classification de la stomatite divisée en trois variétés :

1° La variété spécifique ;

2° La variété septique ;

3° La variété toxique.

La première, primitive, comprenant les stomatites crémeuse ou aphteuse ou secondaire embrassant les stomatites des maladies telles que dothiénentérie, tuberculose, fièvres éruptives, syphilis, blennorrhagie etc. La deuxième variété comprend les stomatites tartrique ulcéro-pseudo-membraneuse et gangreneuse.

La troisième, les stomatites dites toxiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, toute stomatite peut passer par trois stades ou degrés :

Stomatite du premier degré ou érythème.

Stomatite du deuxième degré ou exsudat.

Stomatite du troisième degré ou ulcération, gangrène.

Au point de vue clinique, la modalité de la stomatite varie suivant le stade de l'évolution auquel on considère la maladie. A chaque

stade correspondent des symptômes différents. Mais ce processus peut être modifié par des causes diverses inhérentes soit au sujet, soit à la malade elle-même.

Tous les micro-organismes possibles ont été trouvés dans la bouche où ils produisent des fermentations qui aboutissent à la formation de divers acides lesquels en précipitant les sels de la salive, concourent à la formation du tartre dentaire. L'auteur définit le tartre dentaire et indique les diverses théories de sa formation.

La pathologie générale et la physiologie montrent de quelles manières la muqueuse buccale lutte contre le microbe. La clinique nous permet de constater que s'il n'y a qu'une stomatite, son aboutissant varie comme l'échelle thermométrique. Le résultat varie avec le nombre des microbes, leur virulence. La porte d'entrée a son importance. Il faut considérer aussi les éléments de résistance du sujet envahi, ses états diathésiques, son âge, les maladies antérieures générales ou locales, les lésions subsistantes, les déformations acquises de la bouche. Toutes ces considérations cliniques permettent d'expliquer pourquoi la même cause déterminera chez l'un une stomatite ulcéro-pseudo-membraneuse et chez l'autre une simple forme érythémateuse. Toutes les causes qui peuvent engendrer les maladies de la bouche ne doivent leur importance qu'à la présence du polymicrobisme buccal en dehors des causes toxiques.

La stomatite étant toujours le résultat de l'action d'un micro-organisme, la thérapeutique doit s'appliquer à combattre l'action de ce micro-organisme par un traitement curatif et prophylactique.

A. GROSSARD (de Paris).

V. — NOTES DE LECTURES

I. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'oreille interne et du nerf auditif, par MANASSE, de Strasbourg (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. II, mars 1903).

Le présent travail étudie les rapports entre les suppurations aiguës de l'oreille moyenne et les altérations du labyrinthe et du nerf auditif. D'après Habermann, l'otite moyenne aiguë conduit presque toujours à l'otite interne : cette assertion paraît vraie surtout pour l'otite moyenne à tendances nécrotiques.

Voici la technique qui a été suivie pour la présente étude :

Les temporaux ont été fixés dans la formaline de Müller, puis décalcifiés dans un mélange d'acide nitrique et d'eau à 10%. Après avoir été débarrassés de l'acide par un lavage à l'eau courante de 24 heures, ils ont été plongés dans l'alcool à 95° et débités par des coupes intéressant l'oreille de haut en bas, depuis le sommet de la pyramide jusqu'à l'orifice du conduit auditif interne, et latéralement depuis l'antre jusqu'au canal semi-circulaire horizontal, de façon à conserver dans un même fragment le tympan, la caisse, le labyrinthe et le nerf auditif. Ces fragments ont été inclus au collodion.

Les examens portent sur quatre cas.

Observation I. — Otite moyenne purulente chronique chez un diabétique. Signes d'infection intracrânienne. Opération qui permet de vider un abcès périsinusal et fait reconnaître une fistule faisant communiquer l'antre avec la fosse cérébrale postérieure. Mort trois jours après l'intervention.

A l'autopsie, méningite basilaire diffuse, pas de fistule labyrinthique, temporal intact, sauf les lésions opératoires; pas de lésions cérébrales. Microscopiquement, la muqueuse de l'oreille moyenne présentait tous les caractères de l'inflammation aiguë ou plutôt subaiguë (infiltration par des cellules rondes, excroissances polypoïdes); il n'y avait pas de lésions osseuses, sauf une petite zone d'ostéite raréfiante dans l'enclume. Les lésions dégénératives étaient surtout très marquées au niveau de la membrane de la fenêtre ovale.

Du côté de l'oreille interne, on constatait dans le vestibule les caractères d'une inflammation aiguë, l'utricule et le saccule étant pleins de pus et de fibrine : de même dans le limaçon, les mêmes altérations ont frappé les espaces endo et périlymphatiques; les cellules ciliées de l'organe de Corti restent bien reconnaissables, mais le ganglion spiral est infiltré de cellules purulentes.

De sorte que dans ce cas où les phénomènes cliniques devaient

faire hésiter entre une suppuration du cervelet ou du labyrinthe, les constatations de l'autopsie permettent de formuler la filiation pathologique suivante : otite moyenne purulente aiguë, effraction de la fenêtre ovale par le pus à travers le ligament annulaire, otite interne aiguë et méningite purulente.

Obs. II. — Homme de 39 ans, souffrant depuis plusieurs années d'otosclérose et atteint depuis trois semaines d'une otite moyenne purulente aiguë à droite. Vertiges, nystagmus horizontal, violente céphalalgie, fond de l'œil normal.

Une première intervention ayant consisté dans un curettage complet des cavités de l'oreille, fait découvrir un abcès extradural provenant de l'étage temporal postérieur normal; sinus normal.

Pas de détente : plusieurs ponctions du cervelet restent blanches. Mort. A l'autopsie, méningite purulente diffuse, surtout basilaire. Les recherches microscopiques ont montré que cette méningite provenait non de l'abcès extra-dural, mais d'une pyolabyrinthite, ainsi que le prouve la constatation à la pointe du rocher d'une fistule purulente, communiquant avec un labyrinthe rempli de pus.

Obs. III. — Jeune homme de 18 ans, ayant présenté, après une chute de bicyclette et une perte de connaissance d'un quart d'heure, une hémorragie par la bouche (non par l'oreille) suivie de vertiges avec légère paralysie faciale et d'un écoulement séreux par le nez, présentant les caractères du liquide céphalo-rachidien. Mort au bout de quelques jours dans des symptômes méningitiques.

A l'autopsie, épanchement sanguin dans les méninges du lobe frontal, et méningite purulente produite par une fracture de la base du crâne à droite, avec fissure du labyrinthe.

Obs. IV. — Jeune homme de 23 ans, otite moyenne purulente ayant débuté en mars. Les semaines suivantes, vertiges, maux de tête, phénomènes méningitiques et mort le 30 mai.

A l'autopsie, méningite purulente ayant son origine dans une fistule osseuse de la face postérieure du rocher.

De ces divers cas on peut conclure au grand danger de fusées purulentes vers le labyrinthe au cours des suppurations de l'oreille moyenne : ces fusées se font de préférence à travers les déhiscences osseuses du rocher et à travers la fenêtre ovale.

En analysant ces observations et celles d'autres auteurs, on peut distinguer, d'après l'évolution des phénomènes, trois formes d'otite interne : *une forme aiguë* caractérisée cliniquement par une évolution rapide ; anatomiquement par la présence dans le labyrinthe de pus, de fibrine et une infiltration leucocytaire : les lésions dégénératives n'ont pas eu le temps de s'organiser ; *une forme subaiguë* où l'on trouve du tissu de granulations, une prolifération du tissu fibreux des capillaires et parfois du tissu conjonctif hyalin organisé, et *une forme chronique* caractérisée par une organisation plus complète du tissu conjonctif. L'inflammation du périoste des espaces labyrinthiques donne lieu à un épaississement osseux notable qui peut étouffer les formations molles de l'oreille interne.

DELOBEL (de Lille).

II. — Recherches sur les voies lymphatiques de la muqueuse des joues, par E. POLYA et V. NAVRATIL (*Mathematische und Naturwissenschaftl. Berichte aus Ungarn*, tome XX).

Les auteurs ont employé le procédé d'injection de GÉROTA.

Sur la muqueuse de la joue, il y a un réseau serré de fins vaisseaux. Au bord supérieur et inférieur de la joue, il y a huit ou dix troncs plus volumineux, s'anastomosant ou se ramifiant; les rameaux vont aboutir à divers ganglions,

Ils se dirigent vers le bord antérieur de l'insertion maxillaire du masséter; la plupart des vaisseaux se rendent ensuite aux ganglions sous-maxillaires.

Les vaisseaux lymphatiques venus de la muqueuse de la joue peuvent, par exception, se rendre aux ganglions situés à l'extrémité inférieure de la parotide ou à ceux qui sont inclus dans la substance de cette glande; quelques-uns des vaisseaux qui prennent naissance dans cette région peuvent se rendre aux ganglions voisins de l'angle de la mâchoire.

Dans la région sous-maxillaire, il y a trois ganglions; l'un repose sur l'artère maxillaire externe, l'autre est situé derrière la veine faciale antérieure, le troisième à l'angle antérieur de la région sous-maxillaire. Le nombre et la disposition de ces trois ganglions ne sont pas invariables.

Les ganglions de la région sous-maxillaire peuvent aussi communiquer avec les ganglions sous-mentonniers ou avec les ganglions cervicaux supérieurs et superficiels. Les ganglions cervicaux profonds, situés au-dessous du segment postérieur du digastrique et au-dessus de l'omo-hyoïdien, reçoivent parfois des vaisseaux afférents venus des ganglions sous-maxillaires.

Les vaisseaux des gencives supérieure et inférieure ont le même trajet que ceux de la muqueuse de la joue; parfois les vaisseaux lymphatiques vont de la gencive inférieure aux ganglions sous-mentonniers. Ceux de la supérieure dans les ganglions cervicaux supérieurs, profonds; ils traversent la voûte du palais, rejoignent les vaisseaux du voile et se rendent dans les piliers.

Les vaisseaux de la peau de la joue se rendent aux ganglions sous-mentonniers, sous-maxillaires et à ceux qui sont situés à la partie inférieure de la parotide.

Voici les conséquences pratiques pour l'extirpation du cancer de la joue qui découlent de ces faits :

I. Dans l'extirpation des ganglions, il faut tenir compte, des deux côtés, des ganglions sous-maxillaires, des ganglions cervicaux, profonds et sous-mentaux; du côté malade, il faut en outre tenir compte de ceux inclus dans le segment inférieur de la parotide ou situés au-dessous de lui.

II. Etant donné que le nombre et la situation de tous ces ganglions peuvent être variables, que, d'après l'expérience, les cellules cancéreuses se rassemblent non seulement dans les ganglions, mais aussi dans leurs branches de communication, il ne suffit pas d'enle-

ver les ganglions isolément, mais il faut faire un curage typique de la région, c'est-à-dire enlever les groupes ganglionnaires avec le tissu adipeux qui les environne.

III. Le périoste du maxillaire inférieur, près de l'artère maxillaire externe et de la veine faciale, doit être enlevé dans chaque cas.

MENIER (de Figeac).

III. — Contribution à l'étude du mécanisme de la sécrétion nasale, par GOODALE (*Annals of otology, rhinology and laryngology*).

Dans cet article accompagné d'une planche hors texte reproduisant des préparations histologiques, l'auteur, après avoir exposé l'état de nos connaissances sur le sujet, s'est proposé de résoudre les trois questions suivantes :

1^o Quelle est la nature des glandes de la muqueuse nasale ?

2^o La vapeur d'eau que le nez fournit à l'air inspiré est-elle le produit de la sécrétion glandulaire ou de l'osmose à travers la muqueuse en dehors des glandes.

3^o Quelles sont les altérations histologiques répondant aux modifications de la sécrétion nasale dans les diverses formes cliniques des maladies du nez ?

Voici ses conclusions :

1^o La muqueuse nasale présente des glandes muqueuses et des glandes séreuses ; les premières en quantité beaucoup plus considérable que les secondes.

La membrane basale de la muqueuse est traversée non seulement par les conduits excréteurs de ces glandes, mais par de nombreux petits canaux plus ou moins obliques faisant communiquer directement la couche de tissu lymphoïde située au-dessus de cette membrane basale avec la couche d'épithélium cylindrique placée au-dessus. Ces canalicules extrêmement abondants sont les organes de l'osmose ou de la perspiration aqueuse qui se fait à travers la muqueuse nasale. On peut donc dire que la sécrétion nasale est composée des produits de sécrétion des glandes muqueuses et séreuses mélangés à une certaine quantité de liquide transudé à travers la membrane basale.

2^o Quelle est la part prise par ces deux facteurs, sécrétion glandulaire ou perspiration, à la production de la vapeur d'eau fournie par le nez à l'air inspiré ?

La conclusion de l'auteur est que l'osmose presque seule produit cette vapeur d'eau dont on peut évaluer la quantité à 350 gr. environ par 24 heures. C'est là en effet un chiffre énorme comparé au petit nombre et à la petitesse des glandes séreuses de la muqueuse nasale. En outre, l'auteur s'est assuré par des expériences nombreuses que le nez est capable de saturer de vapeur d'eau, l'air inspiré, quelles que soient les conditions atmosphériques extérieures ; c'est-à-dire que cet air extérieur soit sec ou humide, froid ou chaud. La sécré-

tion glandulaire ne peut se plier avec assez de rapidité aux exigences des changements brusques des conditions atmosphériques que nous subissons ; l'osmose seule peut expliquer cette flexibilité.

3° Dans les divers types cliniques des maladies du nez, les altérations des glandes ou des canalicules osmotiques sont en rapport avec les modifications des fonctions sécrétoires ou osmotiques.

Dans le coryza chronique avec exagération de la sécrétion muqueuse, les glandes muqueuses sont énormes.

Dans la rhinite hypertrophique, les glandes ne sont pas hypertrophiées, ni les canalicules osmotiques augmentés de nombre.

Dans le coryza atrophique, les glandes sont un peu diminuées de nombre et de volume ; mais l'altération histologique la plus frappante est la disparition totale des canalicules de la membrane basale, ce qui explique l'absence totale d'humidité de la muqueuse dans cet état pathologique.

Enfin dans la rhinite spasmodique, les canalicules sont augmentés de nombre et de grandeur ; et cela, en proportion de la gravité des symptômes. Les glandes séreuses montrent aussi une activité plus grande, mais les glandes muqueuses ne subissent aucune modification.

VERGNIAUD (de Brest).

IV. — Recherches expérimentales pour la connaissance de l'action du salicylate de soude et de l'aspirine sur l'organe de l'ouïe), par Heinrich HAIKE, privat docent (Arch. f. Ohr., 1905).

Les recherches expérimentales de Kirchner ont établi que les animaux qui succombent à l'intoxication par l'acide salicylique présentent de l'hypérémie et des suffusions sanguines dans diverses parties de l'organe de l'ouïe. Ainsi s'expliquent les bourdonnements d'oreille après l'administration de trop fortes doses de salicylate de soude. Cependant certains auteurs (Jacoby, Gradenigo, etc.) ont émis le doute que les hémorragies seraient dues non à l'acide salicylique, mais à l'asphyxie préagonique. Grünert, il est vrai, a bien produit par asphyxie des hémorragies dans les espaces périlymphatiques du labyrinthe, mais n'a jamais vu celles que Kirchner a signalées dans le canal cochléaire. Mais Alexander, d'après ses expériences sur des animaux tués par chloroforme, admet que l'asphyxie peut causer aussi des hémorragies dans les espaces endolymphatiques. Wittmaach, de son côté, pense que les hémorragies trouvées dans l'oreille chez les animaux empoisonnés par la quinine peuvent bien être le fait de l'asphyxie, et il fait remarquer en outre que, pendant l'autopsie, l'extravasation du sang des vaisseaux sectionnés peut être la cause d'erreurs grossières. En présence de ces doutes, Haïke a repris la question et a institué une série d'expériences, examinant l'oreille 1) d'animaux sains tués par décapitation ; 2) d'animaux tués par asphyxie et par la strychnine ; 3) d'animaux tués par l'acide salicylique ; 4) d'animaux tués par l'aspirine, ces deux dernières substances étant administrées soit à fortes doses, soit à doses faibles et longtemps prolongées.

Conclusions : Toutes les fois que l'intoxication aboutit à la production des convulsions et de la dyspnée, il se fit des hémorragies dans la caisse, le labyrinthe et les méninges; il en fut de même chez les animaux sacrifiés avant l'agonie, mais qui présentèrent d'abord des convulsions. L'auteur pense donc que les hémorragies sont le fait des convulsions et de la dyspnée agoniques, et il appuie cette opinion sur une expérience où l'animal empoisonné par la dose massive de 3 gr. de salicylate de soude, mais maintenu jusqu'à la fin sans dyspnée ni convulsions, grâce à la respiration artificielle, ne présenta aucune hémorragie.

Restait donc à déterminer de quelle nature sont les processus pathologiques qui produisent les symptômes cliniques de l'empoisonnement du côté de l'oreille. Pour cela l'auteur exécuta une deuxième série d'expériences et rechercha histologiquement les altérations de l'appareil nerveux dans le tronc de l'acoustique et les ganglions. Les modifications des cellules ganglionnaires (représentées dans une planche jointe au mémoire) portent sur le corps cellulaire et surtout sur la substance chromatique. Celle-ci présente d'abord une augmentation de colorabilité, ainsi que Nissl l'a observé après excitation des cellules nerveuses par le courant électrique, ce qui laisse à penser que l'action toxique produit d'abord un état d'excitation. A un degré de plus d'intoxication, les corpuscules de Nissl perdent leur forme anguleuse, deviennent plus arrondis et à contours diffus. Puis ces corpuscules se détruisent et se dissolvent; la cellule prend une coloration diffuse. En même temps apparaissent des phénomènes de dégénération dans le nerf acoustique. Les expériences comparées avec l'aspirine et le salicylate de soude n'ont montré aucune différence d'action. Ces résultats sont à rapprocher de ceux de Wittnaack obtenus dans l'intoxication par la quinine, et expliquent les symptômes cliniques. Un retour à l'état normal des cellules ganglionnaires paraît possible. S'il est exact que le premier stade de l'intoxication consiste dans un état d'excitation, il serait indiqué de tenter un traitement par les préparations bromées.

E. HEDON (de Montpellier).

V. — Sur la leptoméningite circonscrite avec symptômes spinaux et sur la paralysie du moteur oculaire externe d'origine oïdique), par le prof. GRADENIGO (Arch. f. Ohr., vol. 62, p. 255).

Il existe un complexe symptomatique particulier consistant dans l'association d'une otite moyenne aiguë (avec ou sans mastoïdite) et une parésie ou paralysie isolée du nerf moteur oculaire externe, du côté correspondant à la lésion, sans autres phénomènes morbides généraux ou locaux. L'auteur a eu l'occasion d'en observer cinq cas, et en trouve d'autres épars dans la littérature qui lui servent à appuyer sa thèse.

La symptomatologie de la maladie est la suivante : Ordinairement

il s'agit d'individus jeunes qui souffrent d'une otite moyenne aiguë avec ou sans perforation du tympan et avec ou sans réaction mastoïdienne. La maladie d'oreille est accompagnée de douleurs violentes, qui, sans qu'il existe d'autres symptômes morbides et d'élévation de température, sont localisées, non comme d'habitude dans la mastoïde, mais dans la région temporale et pariétale. Environ au bout d'un mois ou un peu plus tard, apparaît tout à coup de la diplopie qui provient d'une paralysie ou de la parésie du droit externe, habituellement sans participation d'autres muscles et sans inflammation du nerf optique. La maladie dure, dans la plupart des cas, environ deux mois, guérit alors spontanément ou à la suite d'une intervention chirurgicale sur le temporal ou l'oreille moyenne, tandis que la douleur s'affaiblit et que la diplopie diminue. Dans quelques cas cependant, la maladie s'aggrave; il se développe des phénomènes de leptoméningite purulente diffuse, souvent à évolution lente, se terminant par la mort. La maladie en question se caractérise donc par trois symptômes étroitement liés ensemble : inflammation aiguë de l'oreille moyenne, douleur persistante dans la région temporale et pariétale, paralysie du nerf abducteur de l'œil qui, habituellement, est accusée par le malade lui-même.

Les observations de paralysie limitée au droit externe, comme complication endocranienne des otites, sans accompagnement de signes notables de méningite, sont très rares. Gradenigo en découvre cependant un certain nombre dans la littérature, bien qu'elles aient été interprétées différemment par leurs auteurs. C'est d'abord un cas de Spira où la paralysie du nerf abducteur de l'œil aurait été attribuée à tort par l'auteur à une inflammation du nerf due à l'influenza; puis un cas de Fischel où le tableau clinique fut masqué en partie par l'intensité du processus morbide du côté de la mastoïde; un cas d'Ajutolo où le spasme de l'orbiculaire peut être considéré comme un mouvement volontaire du malade pour atténuer sa diplopie; enfin une observation de Török absolument typique. Gradenigo rapporte encore une série de cas (de Habermann, Jürgensmeyer, Katz et Körner) où le tableau clinique fut compliqué par une névrite optique, et deux autres observations (Keller, Goris) d'une catégorie différente, en ce que la paralysie du nerf se montra chez des individus souffrant d'otites chroniques. Puis il relate ses observations personnelles. Dans les trois premiers cas, il n'eut que des symptômes d'otite suppurée aiguë avec ou sans réaction mastoïdienne, et la diplopie apparut au bout d'un mois et demi; dans le quatrième, le tableau clinique était compliqué d'une névrite optique bilatérale.

Quelle est maintenant la genèse de cette paralysie? L'hypothèse de Killian, qu'elle dépendrait non de l'otite, mais de l'inflammation concomitante des cavités accessoires du nez, notamment du sinus sphénoïdal, ne saurait s'appliquer à la plus grande partie des cas. L'hypothèse de Moos et Urbantschitsch, qui en fait un trouble réflexe, a été réfutée par Habermann; elle n'est guère admissible pour des paralysies durant des semaines et des mois. Jürgensmeyer

penche pour une méningite séreuse; Habermann et Brieger pour une leptoméningite circonscrite causée par des lésions osseuses circonscrites s'avancant jusqu'à la dure-mère et accompagnées souvent d'une suppuration du labyrinthe (Jansen). Gradenigo rapporte l'observation d'un cinquième cas, terminé par la mort (mais sans autopsie), qui lui paraît donner raison à l'interprétation de ces derniers auteurs. La diplopie apparut deux mois après le début de l'otite; la méningite dix jours après. Les interventions opératoires excluaient les lésions osseuses à la surface du rocher et dans la région mastoïdienne, et le diagnostic put être établi avec certitude par la ponction lombaire qui démontra une leptoméningite suppurée avec streptocoques.

Comment expliquer maintenant la paralysie de l'abducteur par l'affection de l'oreille? La relation est évidente quand l'opération montre des altérations à la surface supérieure du rocher, dans le voisinage du nerf (imbibition séreuse du nerf ou troubles de la circulation collatérale), comme dans les cas de Habermann et Goris. Mais elle devient moins évidente quand l'exploration de la surface du rocher et de la fosse cérébrale moyenne donne un résultat négatif. En attendant une explication, on peut supposer que l'extension d'une infection de l'oreille moyenne à un territoire circonscrit des méninges, donnant le tableau clinique caractéristique, est due à l'existence d'une voie anatomique préexistante, par exemple le canal carotidien. Quoi qu'il en soit, cette variété clinique existe, et, bien que la maladie guérisse dans beaucoup de cas, soit spontanément, soit après opération sur le tympan ou la mastoïde, son pronostic doit être réservé, puisque la leptoméningite peut s'étendre et entraîner rapidement la mort.

Gradenigo donne en terminant la relation d'un sixième cas où la leptoméningite d'origine otique fut localisée principalement à la moelle épinière. Ce cas est intéressant par l'allure lente, la longue durée de l'affection et les intermittences des symptômes.

E. HEDON (de Montpellier).

VI. — Un cas de thrombose du bulbe de la veine jugulaire.

Opération. Guérison, par Carl KOLLER (*Archives of Otology*, octobre 1904).

Il s'agit, chez une jeune femme, d'une otite aiguë avec fièvre: paracentèse sans issue de pus, quatre jours après le début de la maladie. Dès le début, la pointe de l'apophyse était douloureuse de même que l'antre: sensibilité également le long du trajet supérieur de la veine jugulaire avec un léger degré de torticolis. Le tympan n'était pas épaissi, mais pâle et verdâtre surtout en dedans. L'examen des yeux fit constater une congestion intense de la papille.

A l'ouverture de l'antre, un peu de pus s'échappa et le sinus situé très superficiellement fut ouvert accidentellement. L'hémorragie fut abondante. Ces cellules postérieures étaient munies de

granulations; au contraire, celles de la pointe étaient saines. Après une courte période d'amélioration, des signes d'infection se montrèrent avec des douleurs intenses dans la moitié de la tête et également sur le trajet de la veine jugulaire : augmentation des lésions du fond de l'œil. Cultures du sang stériles.

Dans une deuxième opération, le sinus transverse fut curetté et la veine jugulaire liée et excisée sur plusieurs centimètres de son trajet.

Détails de l'opération : la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne était normale; le sinus fut dénudé dans toute sa longueur et aussi loin que possible dans la direction du bulbe; il était thrombosé; la culture du thrombus montra qu'il était stérile. Les jours suivants, il y eut de la fièvre et de la sensibilité autour de la plaie.

Six jours après l'opération, le tampon de gaze oblitérant le sinus fut enlevé et du pus pulsatile se fit jour par son extrémité inférieure.

Pendant les onze jours qui suivirent, la température resta normale; lorsqu'au bout de ce temps la température s'éleva de nouveau, la malade se plaignit d'un violent mal de tête et quelques jours après on ouvrit et on draina un abcès situé entre les muscles profonds du cou sous l'occipital; la fièvre et la douleur continuèrent cependant. Un second abcès situé près du bulbe de la jugulaire fut suspecté et finalement trouvé à une grande profondeur.

Deux jours après cette dernière opération, on constata la paralysie de l'hypoglosse (côté opéré). La température resta élevée et l'écoulement du pus fut très abondant, puis s'arrêta brusquement une semaine après l'ouverture de ce second abcès.

La guérison fut complète.

L'auteur conclut en attirant l'attention sur un certain nombre de symptômes rares, le torticolis, comparativement rare dans des cas pareils, la dysphagie signalée dans ce cas à différentes reprises, la paralysie du glosso-pharyngien et celle de l'hypoglosse (bien que ces nerfs n'eussent pas été lésés au cours des interventions).

En considérant finalement que les neuvième, dixième et onzième paires craniennes qui sortent par le trou déchiré postérieur et qui sont en connexion avec le bulbe de la jugulaire étaient intéressées, et que la douzième paire, qui sort par le trou condylien, était paralysée, il faut en conclure que la cause de ces troubles résidait dans la présence de l'abcès périphlébitique, de même qu'on voit la paralysie faciale se manifester dans le cours de l'otite moyenne aiguë.

G. DIDSBUY (de Paris).

VI. — ANALYSES

I. — OREILLES

Remarques sur la communication d'Alexander : Étude de l'organe auditif d'un embryon de chat albinos incomplètement développé, par RAWITZ, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. III et IV, avril 1905).

Dans une précédente communication, Alexander a fait remarquer que la surdité était fréquente chez les animaux albinos quand leurs yeux étaient bleus.

Mais cette remarque avait été faite précédemment par Buffon, Blumenbach et Darwin pour les chiens et les chats. L'auteur rappelle qu'il a le premier étudié le cerveau d'un chien blanc aux yeux bleus et cherché à établir la corrélation entre ces phénomènes dans un travail intitulé « Rapports entre l'albinisme incomplet et la surdité » et à étudier les modifications histologiques des éléments nobles du labyrinthe dans ces cas.

DELOBEL (de Lille).

Le canal carotidien et le bulbe de la veine jugulaire au point de vue de l'otologie pratique, par F. KOBYLINSKY (*Rousskii Vratch*, 15 décembre 1904).

L'auteur étudie la région au point de vue anatomique, puis cite des cas d'anévrismes, d'anomalies et d'hémorragies consécutives à des blessures de ces vaisseaux.

M. DE KERVILY.

Réponse au travail de Voss « Découverte opératoire du bulbe de la jugulaire », Rectification du prof. GRÜNERT, de Halle (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. I, janvier 1905).

La critique du procédé de Grünert, émise dans le travail de Voss, est basée d'après Grünert sur une description peu fidèle de sa technique. Il n'est jamais possible de découvrir le sinus en partant de la base du crâne : le seul procédé possible consiste à suivre la voie tracée par la nature, en allant du sinus sigmoïde vers le bulbe. De plus, dans le cas de thrombose, la mise à nu du bulbe par l'ablation partielle de la paroi osseuse latérale de la fosse jugulaire n'est possible que si on accède au bulbe par les cavités opératoires de l'oreille, jamais par la base du crâne. Le danger de la paralysie faciale dans cette opération est illusoire : il n'en existe pas un seul cas dans les observations publiées (une seule parésie fugace et transitoire sur onze cas).

Enfin, au point de vue esthétique, il paraît impossible d'établir une comparaison fixe entre les divers procédés, la cicatrice dépendant avant tout de la longueur de l'incision qui aura été nécessaire pour

évacuer tout le caillot, et de la durée pendant laquelle aura dû rester en place le tamponnement iodoformé. DELOBEL (de Lille).

Hernie de la caisse du tympan, par A. de LINS (*Ann. mal. or.*, mars 1905).

L'auteur rapporte deux observations de malades chez qui la muqueuse œdématiée de la caisse avait fait hernie à travers une perforation du tympan, au point de simuler un véritable polype.

Il en tire les conclusions suivantes :

1° Si l'on ne voit pas l'origine de leur formation, ces hernies peuvent être considérées comme des polypes muqueux ;

2° La hernie diagnostiquée doit révéler l'augmentation de la pression, dans une ou plusieurs cavités pneumatiques, environnant la caisse, et avec d'autres symptômes ou, à leur défaut, toute seule, peut indiquer la nécessité d'une intervention chirurgicale ;

3° Il est fort probable que la formation de certains énormes polypes, que nous voyons même ressortir des oreilles suppurantes depuis longtemps, a suivi la même marche, c'est-à-dire que peut-être au commencement ce ne furent que des hernies, qui, à la suite d'une stase prolongée, ont subi une hyperplasie.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des mastoïdites, par E. LOMBARD (*Ann. mal. or.*, mars 1905).

L'auteur insiste sur une disposition un peu particulière des cellules mastoïdiennes comprises, d'une part, entre l'antre et la pointe, le sinus et le massif facial de l'autre, disposition rencontrée chez plusieurs de ses opérés. Ce groupe cellulaire lui a paru ordonné suivant l'un des deux types suivants : dans un premier groupe de faits, l'antre ouvert et la corticale enlevée, on découvre un vaste foyer d'ostéite diffuse, étendu de haut en bas, ou de grandes cavités à peine distinctes les unes des autres dont l'ensemble forme une traînée verticale ; dans une deuxième catégorie de faits, on tombe immédiatement, après ablation de la corticale, sur des cellules suppurées de dimensions variables, ordinairement petites.

L'évidement de cette région de l'apophyse doit donc être complet pour être réel et efficace, sinon on court le risque de laisser persister dans la profondeur un foyer qui entretiendra une fistule ou pourra devenir l'amorce d'une ostéite diffuse de la base de la pyramide.

Conclusion thérapeutique : tenir compte de ces dispositions anatomiques dans l'évidement de l'apophyse mastoïde. Après abrasion du plan superficiel, donner quelques coups de gouge ou de ciseau parallèlement à la direction du sinus et s'assurer que la lamelle osseuse qui forme le fond du fossé ne masque pas un petit foyer plus profond. FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Contribution à l'étude des néoformations osseuses de l'oreille moyenne dans les suppurations chroniques, par Hugo FREY (*Arch. f. Ohr.*, p. 12).

La néoformation de substance osseuse apparaît sur le temporal développé d'ordinaire sous deux formes : diffuse, comme ostéosclérose, principalement dans l'intérieur de l'os; circonscrite, sous l'aspect d'ostéomes, de préférence à la surface de l'os. Hugo Frey, après avoir cité un certain nombre de cas pris dans la littérature, rapporte trois cas personnels, non encore décrits et paraissant être d'une grande rareté. Il s'agit d'exostoses circonscrites au côté latéral du canal demi-circulaire horizontal. Les deux premiers cas furent observés sur des malades opérés pour suppuration chronique de l'oreille et formation de cholestéatome. A l'ouverture de la caisse, on trouva une saillie osseuse de la grosseur d'un grain de chanvre implanté sur le canal demi-circulaire horizontal. Dans un des deux cas, cette saillie osseuse portait de plus deux petites proéminences. Le troisième cas concerne une pièce anatomique dont l'auteur donne le dessin dans son mémoire. Ces exostoses, qui apparaissent à côté du processus de destruction de l'os, et s'accroissent même aux dépens de l'os détruit, sont la preuve qu'elles ne peuvent mettre obstacle en aucune façon au processus de suppuration et à l'extension à l'oreille interne. Au contraire, il faut admettre qu'elles prennent naissance lorsque l'os s'altère dans sa substance même, et que par conséquent ici le processus d'apposition ne précède pas le processus de destruction, mais le suit.

E. HÉDON (de Montpellier).

Contribution à l'étude de la guérison définitive de l'otite moyenne purulente chronique, par G. FERRERI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année).

L'auteur a remarqué que dans quelques formes d'otite moyenne purulente chronique, il y avait une sécrétion muqueuse ou purulente sans troubles subjectifs ni objectifs. Il a pensé que, dans ces conditions, la porte d'entrée de l'infection pourrait bien être la trompe d'Eustache. Pour obvier à cet inconvénient, il a recouru à l'obstruction de l'orifice tympanique de la trompe en y faisant pénétrer un fil de platine qu'il porte à l'incandescence. Dans un cas, ce traitement a parfaitement réussi.

T. MANCIOLI (de Rome).

Mastoïdite aiguë avec trépanation spontanée, par PANIER (Soc. anatomo-clinique de Lille, 13 mars 1905).

Un enfant de dix-huit mois, présentant un écoulement purulent de l'oreille gauche, suivi de tuméfaction de la région mastoïdienne, une incision dans cette région donna issue à une cuillère à soupe de pus. L'enfant fut conduit à Lavrand, qui incisa à un centimètre en arrière du sillon rétroauriculaire une nouvelle tuméfaction fluctuante. L'examen au stylet montra la dénudation de l'os et l'ouverture de l'antre; une injection passe par l'antre et par la caisse pour sortir par le conduit auditif externe. La cavité est désinfectée, curettée et drainée, et l'enfant est en bonne voie de guérison.

A. PASQUIER.

Trois cas de thrombose du sinus latéral, par ROBERT LEWIS (*Archives of Otolaryngology*, février 1905).

Relation détaillée clinique et opératoire de trois cas de thrombose du sinus latéral dont un cas seulement fut heureux et se termina par la guérison.

G. DIDSBUY (de Paris).

Issue fatale d'un abcès latent temporo-sphénoïdal d'origine otique compliqué de multiples abcès secondaires du cerveau, par ALICE E. WAKEFIELD (*Arch. of otology*, août 1904). Quatre planches photographiques.

Il s'agit d'une fillette de 11 ans dont l'observation très minutieuse est rapportée et que l'auteur fait suivre des conclusions suivantes :

1° Les abcès du cerveau peuvent rester latents pendant un temps indéfini ;

2° L'abcès cérébral seul peut s'accompagner de frissons répétés, de température élevée, de pouls et de respiration rapides ;

3° Les symptômes de localisation peuvent manquer à moins que l'abcès lui-même ou l'encéphalite du voisinage n'atteigne des zones dont les fonctions sont bien connues ;

4° L'abcès cérébral peut être soupçonné quand, dans la suppuration chronique de l'oreille, il y a de la céphalalgie, du vertige, des nausées, des vomissements, de la perte progressive des forces ;

5° Il est inutile d'insister dans les cas douteux de la haute importance de l'autopsie.

G. DIDSBUY (de Paris).

Étude clinique et pathologique des abcès du lobe temporal d'origine otogène, par NEUMANN, de Vienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilkunde*, vol. XLIX, t. III et IV, avril 1905).

L'auteur rapporte deux cas personnels d'où il déduit des indications thérapeutiques et l'opportunité de la ponction lombaire. Dans le premier cas, il s'agissait d'une otite moyenne purulente chronique gauche chez une enfant de 9 ans, avec cholestéatome, suppuration du labyrinthe, abcès du lobe temporal gauche avec éfraction du pus dans le ventricule latéral. Terminaison fatale.

A l'autopsie on trouva que l'abcès cérébral communiquait avec l'oreille interne par une fistule du canal semi-circulaire supérieur : une observation intéressante est que, si la ponction lombaire avait montré la présence de nombreux leucocytes, les cultures de liquide céphalo-rachidien restèrent stériles : mais on n'avait recherché que les aérobies, tandis que l'examen du pus cérébral déclara la présence de nombreux anaérobies.

Dans le second cas, il s'agissait d'une otite moyenne purulente chronique gauche avec perforation de la membrane flaccide de Shrapnell, abcès du lobe temporal gauche. Opération radicale, incision et évacuation de l'abcès. Guérison.

Il s'est donc produit une méningite circonscrite : dans le liquide céphalo-rachidien on ne trouva pas non plus de micro-organismes, tandis qu'il existait de nombreux streptocoques dans le pus de l'abcès cérébral.

DELOBEL (de Lille).

Contribution à la pathologie des abcès du cerveau d'origine otogène, par E. SCHMIEGELOW (Société médicale danoise dans *Hospitalstidende*, n° 6, 8 février 1903, p. 136-138). Voir *Arch. internal. de laryngol.*, mars-avril 1903, p. 337-363.

MENIER (de Figeac).

Cas fatal d'abcès cérébral d'origine otique, par GORHAM BACON (*Archives of Otolaryngology*, août 1904). Deux planches photographiques.

Après la relation détaillée de ce cas survenu chez un homme de bonne santé habituelle et âgé de 44 ans, l'auteur fait les réflexions suivantes : le fait le plus remarquable consiste en l'absence des symptômes ordinaires, ni frissons, ni nausées, ni vomissements, ni vertiges, ni ralentissement du pouls, ni abaissement de la température. Un abcès du lobe temporo-sphénoïdal fut diagnostiqué d'après la relation de deux précédentes opérations mastoïdiennes, d'après l'existence d'une forte et persistante céphalalgie du côté correspondant durant depuis deux mois, et d'après les résultats de l'examen ophtalmoscopique.

Il y eut des difficultés considérables dans le drainage de l'abcès cérébral, le pus ayant tendance à gagner profondément; du reste, il finit par faire irruption dans le ventricule latéral.

G. DIDSURY (de Paris).

Un cas d'abcès otogène du cerveau avec aphasie guéri par l'opération, par HOLGER MYGIND (*Hospitalstidende*, 5 avril 1903, p. 297-308).

Il s'agit d'une femme de 52 ans, atteinte d'écoulement de l'oreille gauche depuis son enfance. Le 22 janvier 1904, après son lever, attaque brusque d'aphasie. L'aphasie persista le jour suivant. L'auteur voit la patiente le lendemain; température 37°5; pouls 84. Pas de parésie, réflexes patellaires normaux; pas de taches cérébrales; percussion crânienne non douloureuse. La malade ne pouvait nommer les objets; elle put écrire les initiales de son prénom. Pus non fétide dans l'oreille; courte apophyse et manche du marteau visibles à travers le tympan rouge et épaissi, qui manque dans le segment postérieur; par la perte de substance on voit des granulations et on aperçoit des pulsations. La forme de l'aphasie faisait penser à un abcès du lobe temporal gauche.

Le 25 janvier, trépanation totale de l'oreille moyenne par la méthode de ZAUPEL-STACKE. On trouva de la substance cérébrale ramollie, bleuâtre; ponction et écoulement d'un liquide blanchâtre; en tout deux cent. cubes de pus. Après l'opération, légère parésie faciale.

La malade fut renvoyée guérie en mars.

L'auteur est d'avis que son cas, d'après l'examen histologique d'un fragment de tissu cérébral, enlevé lors de l'opération, fournit la preuve clinique que le stade de début de l'abcès cérébral otogène est une encéphalite hémorragique qui se transforme en suppuration.

L'aphasie amnésique (l'auteur ne tient pas à ce qu'on l'identifie avec l'aphasie sensorielle) était accompagnée, chez la patiente, d'agraphie qui ne fut pas complète. De plus, l'aphasie était liée à de la paraphasie qui, très fréquemment, l'accompagne..

L'auteur insiste en terminant sur l'accélération du pouls (avec température normale ou subnormale) après l'opération, fait déjà constaté par SCHENKE, SCHWARTZE, POSTUMUS MEYJES, et qu'il croit être causée, probablement, par la diminution de pression cérébrale qui suit l'opération.

MENIER (de Figeac).

Abcès du cerveau d'origine otique, par T. KRASNOBAEV (Société de pédiatrie de Moscou, in *Rousskii Vrach*, 1904, n° 44).

L'auteur présente un enfant apporté à l'hôpital pour violentes douleurs de tête, raideur des muscles de la nuque; pas de perte de conscience, température normale. Otorrhée purulente par l'oreille droite depuis deux ans avec destruction de la membrane du tympan. Le diagnostic était incertain entre méningite tuberculeuse et abcès du cerveau. Il pencha en faveur de ce dernier après l'examen du liquide céphalo-rachidien. Trépanation. Drainage. Guérison.

L'auteur a observé un autre cas consécutif à une otite où le diagnostic était hésitant entre un abcès du cerveau et une thrombophlébite du sinus caverneux. Plusieurs ponctions exploratrices furent faites sans résultat. A l'autopsie on trouva dans le sinus un abcès du volume d'un pois, inflammation purulente du cerveau et imbibition purulente des cellules du temporal.

M. DE KERVILY.

Contribution à l'étude des formes anormales de la mastoïde de Bezold et aux faits de mort rapidement consécutive à la ligature de la jugulaire, par LUC (*Rev. hebdomadaire de laryngol.*, 15 avril 1905).

Dans cette observation fort intéressante, Luc rapporte l'histoire d'un malade âgé de cinquante ans qui, au cours d'une otite aiguë, fut atteint de mastoïdite de Bezold. L'apophyse fut réséquée le plus complètement possible, y compris sa pointe. Les suites de l'opération furent satisfaisantes. Au bout de cinq jours, on dut inciser le muscle sterno-cléido-mastoïdien qui était infiltré. Quelques jours après, on reconnut l'existence d'une poche purulente située sous ce muscle et communiquant avec l'antré par un petit pertuis filiforme, ce qui nécessita une deuxième intervention. Après avoir élargi ce pertuis et découvert le sinus latéral qui était sain, on incisa les parties molles du cou, y compris le muscle sterno-cléido-mastoïdien et le foyer purulent fut ouvert largement. Les suites de cette opération furent normales. L'état général se releva. La plaie avait bon aspect, lorsque dix jours plus tard, le malade présenta des signes d'une infection, avec température fort élevée, amaigrissement, teint subictérique, etc. Une troisième intervention fut décidée. On trouva le sinus latéral thrombosé; il fut réséqué après ligature de la jugulaire, au-dessous du tronc thyro-linguo-facial. Mais le malade succomba

huit heures après, sans s'être réveillé. Telle est rapidement résumée cette longue histoire clinique dont les moindres détails sont soigneusement analysés par l'auteur. Luc regrette de n'avoir pu diagnostiquer l'abcès de Bezold huit jours plus tôt et de ne pas avoir lié la jugulaire au-dessus du tronc thyro-linguo-facial.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Études anatomo-pathologiques sur le conduit auditif externe. Tuméfaction du conduit et formation d'un cholestéatome dans un cas de polype d'oreille recouvert d'épithélium cylindrique, par BRÜHL, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. I, janvier 1905).

Autant est fréquente la présence de polypes dans le conduit dans les suppurations de l'oreille moyenne, autant sont rares les tuméfactions de ce même conduit lorsque l'oreille moyenne ne coule pas.

Excepté les polypes, le conduit est rarement le siège de néoplasmes : ceux-ci proviennent plutôt de la caisse.

L'auteur rapporte la description complète (histoire clinique, examen anatomo-pathologique et microscopique) de cinq cas de néoplasmes du conduit qui peuvent se résumer ainsi :

Observation I. — Fibrome œdémateux, avec prolifération endothéliale et kystes intraépithéliaux.

Obs. II. — Fibrome riche en glandes et en fibres élastiques, avec productions cholestéatomateuses sur les points recouverts d'épithélium pavimenteux.

Obs. III. — Tumeur molle, condylomateuse du conduit, avec revêtement d'épithélium atylique et formation d'un cholestéatome central.

Obs. IV. — Carcinome du temporal.

Obs. V. — Cholestéatome et formation de kystes dans un polype de l'oreille revêtu exclusivement d'épithélium cylindrique.

DELOBEL (de Lille).

Corps étranger de l'oreille et du nez, par S. CITELLI (*Arch. ital. di otol.*, t. XVI, f. IV, 1905).

Cas de stéarine dans le conduit auditif et de corps étranger de la fosse nasale gauche ayant pénétré dans les choanes à la faveur d'un vomissement, d'où croûte, qui, vu l'étroitesse de la narine, ne put s'éliminer, et fut le point de départ d'un calcul.

T. MANCIOLI (de Rome).

A propos d'un cas de cholestéatome du conduit auditif externe, par MARBAIX (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 25 mars 1905).

L'auteur rapporte une observation de cholestéatome du conduit auditif externe avec intégrité du tympan. Bien que bénin, ce cholestéatome produisait des douleurs violentes accompagnées de vertiges. Il s'était creusé une loge dans le conduit osseux, à la partie postéro-supérieure, au voisinage du tympan. P. PILLEMENT (de Nancy).

Sur le cholestéatome du crâne, par ERDHEIM, de Vienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. III et IV, avril 1905).

Cette étude, outre de nombreux documents, s'appuie sur l'examen de deux cas personnels.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier des tumeurs de l'hypophyse et d'après ses recherches il conclut à la nécessité de distinguer les tumeurs ectodermiques du cerveau en deux variétés : les tumeurs épidermoïdes proprement dites comme le cholestéatome, et les tumeurs dermoïdes contenant des poils comme les kystes dermoïdes.

Le cholestéatome du crâne résulterait d'une inclusion d'une couche épidermique embryonnaire dans l'épaisseur de la pie-mère ; cette théorie n'est applicable bien entendu qu'aux cholestéatomes de la fosse cérébrale postérieure et des lobes frontaux, et non à ceux du temporal provenant d'anciennes suppurations de l'oreille.

Dans les deux cas étudiés concernant, il est vrai, la région temporale, les cavités de l'oreille moyenne étaient absolument intactes : l'examen microscopique cherchait un épithélium pavimenteux, des fibres conjonctives, des corpuscules kérato-hyalins, mais à aucun endroit on ne trouva les éléments histologiques de la muqueuse de l'oreille moyenne.

DELOBEL (de Lille).

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne, par Heinrich HALÁSZ (*Arch. f. Ohr.*, p. 141).

Extirpation d'un kyste dermoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, développé chez un homme de 25 ans, depuis son enfance, à la surface de la mastoïde, derrière le pavillon qu'il refoulait fortement en avant. L'auteur publie cette observation en raison de sa rareté ; il pense même que c'est là le premier cas de ce genre.

E. HÉDON (de Montpellier).

Sur les maladies de l'oreille dépendant du crétinisme, par le prof. J. HABERMANN (*Arch. f. Ohr.*, p. 100).

Un symptôme fréquent et grave du crétinisme est la dureté d'oreille et même la surdité et la surdi-mutité. Tous les auteurs qui ont écrit sur le crétinisme ont insisté sur ce fait. L'auteur apporte, comme contribution personnelle à la connaissance de cette question, la relation de deux cas de crétinisme où l'étude anatomo-pathologique des rochers put être pratiquée.

Dans l'un, chez un enfant de 12 ans, les modifications essentielles étaient les suivantes : accroissement des cellules nerveuses du ganglion du limaçon, diminution (?) de nombre des cellules nerveuses et formation de lacunes dans le canal spiral (probablement due à un défaut de conservation de la pièce), réduction de la lame spirale osseuse, et, à un haut degré, arrêt de développement et atrophie du canal cochléaire, dont la strie vasculaire était encore relativement bien développée dans le milieu et dans la pointe. Riche dépôt de pigment dans le limaçon. Dans l'oreille moyenne, cicatrice du tympan et inflammation chronique.

Dans le second cas, chez un garçon de 11 ans, les altérations portaient principalement sur l'oreille moyenne et les os. Cicatrice sur

le tympan et inflammation purulente chronique avec envahissement partiel de la niche de la fenêtre ovale par du tissu conjonctif, luxation en dehors de la partie antérieure de la base de l'étrier et immobilisation de l'étrier par du tissu conjonctif, adhérence de la cicatrice du tympan avec la branche descendante de l'enclume et la tête de l'étrier. Dans la mastoïde, signes d'une inflammation antérieure.

Ces deux cas sont donc très différents, et on peut se demander laquelle des altérations décrites doit être attribuée au crétinisme. Après avoir passé en revue les différentes théories expliquant le crétinisme et la façon dont celui-ci peut influencer l'organe de l'ouïe, l'auteur conclut : 1) La surdi-mutité congénitale, à la suite du crétinisme, peut, comme le montre le premier cas, reposer sur un arrêt de développement congénital de l'épithélium du canal cochléaire, particulièrement de l'organe de Corti; 2) la dureté d'oreille, fréquemment observée chez les crétins, repose principalement sur une affection de l'appareil récepteur des ondes sonores; 3) il existe fréquemment aussi chez les crétins des affections du nez, du pharynx et de l'oreille moyenne qui, lorsqu'elles atteignent un certain degré, peuvent rendre l'oreille encore plus mauvaise.

E. HÉDON (de Montpellier).

Un cas de troubles auditifs doubles d'origine cérébrale, avec aphasie, par BOENNINGHAUS, de Breslau (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. II, mars 1905).

L'auteur présente un malade âgé de 45 ans qui, au cours d'une santé parfaite, fut pris brusquement de surdité totale et d'aphasie. L'absence de paralysie de la langue et du visage fit porter, au médecin qui l'examina aussitôt, le diagnostic de « apoplexie des centres du langage et de l'audition ».

En quelques mois, l'aphasie se transforme progressivement en paraphasie; l'audition revient, mais avec des lacunes; les bruits les plus variés (parole, sifflet, claquement des mains, aboiement d'un chien) sont perçus comme un murmure toujours le même.

Il s'agit en somme d'une aphasie sensorielle avec paraphasie. Relativement à l'interprétation, il faut admettre que le centre cortical de l'audition est resté intact, puisque le malade parle : le foyer hémorragique doit être situé dans la zone sous-corticale, au niveau des fibres rayonnantes qui vont de la capsule interne au centre sensoriel du langage; puisque l'aphasie coïncide avec une surdité double, il faut admettre que la lésion est sensiblement symétrique, ayant intéressé de chaque côté les fibres qui, du centre temporal de l'audition, vont aux tubercules quadrijumeaux, à l'olive postérieure et au nerf cochléaire.

L'analyse plus complète des phénomènes pathologiques du côté de l'audition permet de conclure que chacun des deux nerfs auditifs se trouve en connexion avec les deux lobes temporaux et que les deux nerfs acoustiques n'entrecroisent qu'une partie de leurs fibres à la façon des nerfs optiques.

Cette observation montre de plus qu'un des centres importants du cerveau peut être complètement privé de ses fonctions pendant un certain temps, sans que les troubles qui en résultent soient forcément de longue durée.

DELOBEL (de Lille).

Pansements à l'acide picrique après l'opération de la cure radicale, par G. BONDY (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1905).

L'auteur emploie l'acide giérique en solution éthérée concentrée au dixième; après avoir nettoyé et séché la cavité opératoire, il en badigeonne les parois avec un pinceau de ouate trempé dans la solution; l'opération doit être conduite avec douceur, pour éviter l'hémorragie, le sang s'opposant à la pénétration de l'acide picrique dans les tissus; l'application provoque une douleur assez vive, que l'on peut diminuer en faisant sur la plaie des insufflations d'air; l'application n'est faite que tous les deux ou trois jours; dans l'intervalle, pansement à sec. L'auteur ne tamponne pas pour ne pas arracher l'épiderme récemment formé.

Ces pansements sèchent les plaies qui secrètent trop, détruisent les granulations et provoquent une épidermisation rapide.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Traitement opératoire des maladies de l'oreille chez l'enfant, par EDWARD BRADFORD DENCH (*Archives of otology*, avril 1905).

Très important travail de chirurgie spéciale dans lequel l'auteur étudie successivement le traitement opératoire de l'otite moyenne aiguë, le traitement opératoire des complications de l'otite moyenne aiguë, le traitement opératoire de l'inflammation chronique non suppurée et enfin le traitement opératoire de la suppuration chronique de l'oreille moyenne. Ces quatre chapitres portent l'empreinte de la sagacité clinique la plus pénétrante et contient les meilleurs conseils.

G. DIDSBUY (de Paris).

Sur l'opération radicale dans l'otite moyenne chronique suppurée, par K. DAHLGREN (*Hygiea*, n° 2, février 1905, p. 121-139).

Voici le jugement définitif de l'auteur sur l'opération de Stacke.

Elle exige une connaissance précise des conditions anatomiques normales et anormales de l'oreille moyenne et de son voisinage, mais, exécutée par un opérateur qui unit cette connaissance à une habileté technique suffisante, l'opération est sans danger, et quant à ses résultats, elle est vraiment bienfaisante. Voici les résultats de cette intervention :

- 1° Tout danger de rétention des sécrétions dans l'oreille moyenne, avec les conséquences de cette rétention, est écarté;
- 2° Il est très probable que l'écoulement d'oreille est amené par elle à disparaître;
- 3° L'acuité auditive augmente ou reste la même, mais la possibilité d'une aggravation n'est pas exclue.

L'auteur expose la technique de l'opération, qu'il voudrait voir mieux s'acclimater en Suède, et pose les deux principes suivants : 1° Les otites chroniques suppurées qu'on n'a pu guérir autrement sont justiciables de l'opération radicale; 2° il faut opérer quand la condition du malade ne lui permet pas un traitement conservateur.

Il n'opère jamais 1° Dans les cas légers, quand le pus ne coule plus, qu'il n'y a pas de phénomènes de rétention, et que le malade vit à portée d'un médecin compétent; 2° il n'opère pas non plus dans les cas d'otorrhée légère, quand l'audition de l'autre oreille est tellement faible que le malade se sert surtout de l'oreille suppurante; 3° enfin, il se refuse à l'opération dans l'otite double quand l'audition est à peu près la même de chaque côté et si affaiblie qu'une aggravation, même légère, amènerait pour le patient une diminution de la capacité de vaquer à ses occupations. MENIER (de Figeac).

Contribution à l'étude de la chirurgie du labyrinthe, par E. MOURE (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 22 avril 1905).

Depuis ces dernières années, les auristes ont pensé que dans bien des cas on pouvait traiter directement les altérations du labyrinthe. Mais, malgré des travaux récents, le diagnostic des affections de l'oreille interne est parfois très délicat : ainsi, dans les inflammations du pourtour des fenêtres rondes et ovales, le labyrinthe, simplement irrité, réagit très souvent comme s'il était lui-même atteint. Donc, si en présence d'une suppuration chronique de l'oreille, on constate des réactions fonctionnelles indiquées comme caractéristiques de la participation du labyrinthe, il faut supprimer d'abord les altérations de la caisse et de l'apophyse, voire même des fenêtres et attendre le résultat de cette première opération. Si les symptômes ne s'amendent pas, en particulier si les troubles vertigineux persistent, il faut penser à une affection de l'oreille interne. Cependant, lorsque l'altération de l'oreille interne est limitée, on peut y songer d'emblée; les vertiges à direction bien déterminée, souvent latérale, les objets tournant dans le sens horizontal, du côté de l'oreille malade font penser à une ostéite du canal semi-circulaire horizontal. Il faut dans ces cas attaquer à la gouge les parties d'os malade, avec toutes les précautions qu'exige la région. Dans d'autres cas, la lésion labyrinthique, d'origine traumatique, est due à la pénétration d'un corps étranger qu'il faut extraire.

En résumé, le chirurgien devra toujours, sauf indications spéciales, faire une première intervention périphérique pour n'attaquer le labyrinthe que lorsque la situation l'exigera.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Mastoïdite avec thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne; trépanation du sinus après ligature et résection de la jugulaire; pyohémie, par BÉRARD (*Société de chirurgie de Lyon*, 23 février 1905; in *Lyon médical*, 9 avril 1905).

Homme 57 ans, douleurs très vives mastoïdiennes gauches; écoulement de l'oreille ancien; pas de cordon de la jugulaire; semicomma; vomissements; température de 40° sans grands frissons; douleurs irradiées le long du sterno-mastoïdien. Diagnostic clinique; mastoïdite diffuse, peut-être forme de Bezold; évidemment de la mastoïde, de l'antre et de la caisse; pus fétide; pas de fusée vers la pointe; chute de la température pendant 24 heures; puis température de 40°; frissons, torpeur; on pense à une phlébite du sinus latéral; agrandissement de la brèche mastoïdienne; le sinus ouvert donne issue à un caillot putride. Incision pour découvrir la jugulaire au niveau du cou; on trouve un cordon grisâtre, consistant, artérialisé, soulevé par les battements de la carotide qui est resserrée. La jugulaire n'est souple qu'à la base du cou; ligature à ce point; ligature des veines affluentes. Extirpation de la veine jusqu'au trou déchiré postérieur. La paroi veineuse épaissie, indurée, est tapissée d'un caillot noirâtre, mou, fétide. Curettage du sinus latéral par l'ouverture crânienne agrandie. Un jet de sang noir montre qu'il est débouché vers le pressoir; tamponnement serré de la plaie crânienne, suture cervicale avec drainage; cyanose ultérieure de la face à gauche avec gonflement veineux. Pendant deux jours, la température est de 38°; troisième jour, broncho-pneumonie et mort en quarante-huit heures.

Autopsie: Caillot récent de la branche horizontale du sinus; pus de la portion verticale; caillot suppuré du sinus caverneux communiqué par le sinus pétreux inférieur thrombosé; poumon gauche, trois abcès métastatiques avec zone de broncho-pneumonie. Ce cas est intéressant pour les motifs suivants:

1° Oblitération non complète du sinus latéral, d'où gêne très faible de la circulation de retour;

2° Résection de toute la veine jusqu'au trou déchiré postérieur avec ligature de chaque confluent veineux;

3° Thrombose du sinus caverneux diagnostiqué deux jours avant la mort par la saillie oculaire et vérifiée à l'autopsie. Cette thrombose constitue une fièvre d'achoppement du traitement chirurgical de la thrombose sinuso-jugulaire.

A propos de cette intéressante communication, M. le Dr Tixier signale un cas analogue avec guérison complète et rapide.

Mastoïdite aiguë; trépanation précoce; chute de température pendant vingt-quatre heures; puis fièvre; douleurs le long de la jugulaire; frissons; céphalée sans vomissements; pas de troubles dans la circulation veineuse de la face et du cou.

Diagnostic: phlébite du sinus latéral.

Opération quarante-huit heures après l'ouverture de la mastoïde. Ligature de la jugulaire interne pérémable très bas. Ouverture du sinus latéral rempli de pus; curettage. Hémorragie; tamponnement; guérison rapide malgré un gros abcès au niveau de la ligature inférieure de la jugulaire.

Il insiste sur la difficulté de reconnaître la veine atteinte, très

modifiée par la péri-phlébite, sur la nécessité de ne pas attendre les troubles circulatoires veineux de la face souvent tardifs. Il signale un cas de guérison obtenu par Delore mais avec paralysie faciale.

SARGNON (de Lyon).

Absence de réparation osseuse après opération sur le rocher, par le prof. GERBER (*Arch. f. Ohr.*, p. 134).

Chez un enfant de 8 ans, qui subit d'abord la trépanation mastoïdienne, puis, trois mois après, la dénudation de la dure-mère et du sinus latéral, en raison d'accidents pyohémiques, la réparation de la plaie ne se fit pas autrement que par une simple épidermisation. La dure-mère et le sinus restèrent à découvert, la première sur une étendue de 2 cmq., le second sur 2 cm., sans protection de tissu osseux ni de peau, mais en se tapissant simplement d'une couche épidermique. L'aspect de la cavité cicatrisée est représenté dans une planche jointe au mémoire. L'auteur discute les diverses interprétations possibles pour expliquer cette anomalie, et il pense que la présence d'un abcès sous-périosté, de grandes dimensions, demeuré pendant longtemps avant l'opération, aurait altéré le périoste de la région, le rendant incapable de régénération.

E. HÉDON (de Montpellier).

Distribution des vaisseaux sanguins labyrinthiques dans l'oreille du mouton et du veau, par GEORGE E. SHAMBAUG (*Archives of Otology*, avril 1905).

Il faut signaler aux anatomistes cet important travail qui est accompagné de trois planches hors texte et en couleurs.

G. DIDSBUY (de Paris).

II. — NEZ ET SINUS

Occlusion osseuse des choanes, par T. K. HAMILTON (*The Journal of laryngology, rhinology and otology*, avril 1905).

Réunion de quatre cas qui sortent de l'ordinaire. Dans le premier cas, tout le crâne participait à un mauvais développement. Dans le second, il y avait des végétations adénoïdes sans complications du côté des oreilles : seul le troisième cas présentait de la suppuration d'oreilles. Les conclusions pratiques de l'auteur sont que l'opération doit être radicale (sans quoi la récurrence survient) et qu'elle doit porter sur toutes les causes de stricture nasale aussi bien les principales que les accessoires. Pour la perforation, toute sorte de trocart ou de fraise est bonne. Il n'est pas besoin de maintenir des pansements dilatateurs toujours dangereux pour l'oreille. Il est bon d'utiliser fréquemment des lotions nasales alcalines parmi les soins consécutifs.

G. DIDSBUY (de Paris).

Ectopie dentaire dans une fosse nasale, par HECHT, de

Munich (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVIII, Berlin 1905).

Les cas d'ectopie dentaire dans les fosses nasales sont exceptionnels. Il s'agissait ici d'un jeune homme de 30 ans qui venait consulter pour un furoncle du vestibule du nez : à la rhinoscopie, on vit à une distance de 4 centimètres environ de l'entrée des narines un corps étranger dur et brillant qu'on reconnut pour être une incisive. La mâchoire supérieure normalement conformée portait une série de dents à peu près saines : il y avait simplement du côté gauche une brèche entre l'incisive médiane et la canine. Le patient raconte qu'il aurait cassé cette dent à l'âge de 20 ans : il aurait ensuite extrait la racine lui-même. Quant à l'évolution de la seconde dentition, il ne peut préciser aucun souvenir.

D'après les résultats de l'examen radiographique, il s'agit non d'une ectopie dentaire proprement dite, mais d'une dent supplémentaire, probablement vestige de la première dentition.

DELOBEL (de Lille).

Sur les glandes intraépithéliales et la dégénérescence muqueuse du canal excréteur des glandes, spécialement dans la muqueuse nasale, par CORDES, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. I, janvier 1905).

Cette étude est basée sur l'examen anatomo-pathologique de treize corniets moyens et trois cornets inférieurs, extraits au cours d'affections nasales diverses.

D'après ces examens, la grande caractéristique de l'inflammation de la muqueuse nasale est la tendance à la formation de kystes. Ces kystes semblent dus à la formation de bourgeons cellulaires qui se développent dans la région sous-épithéliale du canal excréteur des glandes et, faisant éclater la membrane basale, créent une stricture à ce niveau. On voit des coupes dans lesquelles de trois à douze canaux excréteurs débouchent ainsi les uns dans les autres. L'auteur a d'ailleurs trouvé les mêmes bourgeons cellulaires dans une préparation concernant un pilier de la gorge dans un cas de pharyngite hypertrophique.

En somme, la formation de bourgeons cellulaires dans l'épithélium des muqueuses respiratoires est due, tantôt à une dégénérescence mucoïde de la portion épithéliale des conduits excréteurs des glandes, soit à la néoformation de glandes intraépithéliales, ainsi que l'ont montré Bönninghaus et Zarniko.

DELOBEL (de Lille).

Prurit nasal idiopathique, par F. KOUBLY (*Rousskii Vratch.*, 1904, n° 52).

L'auteur a observé un malade qui présente uniquement les symptômes suivants :

Cinq ou six fois par an, déjà depuis plusieurs années, il ressent subitement du prurit nasal, puis a une assez forte blépharo-conjonctivite. Le prurit nasal cesse au bout de deux à trois heures. La blé-

pharo-conjonctivite persiste trois à quatre jours, puis disparaît sans laisser de suites. A part cela, le malade est en général en bonne santé et ses yeux sont normaux.

G. Vygodsky et E. Blessig ont chacun observé une dame qui, par suite d'une idiosyncrasie pour l'odeur des chevaux, avait du coryza et de la conjonctivite chaque fois qu'elle allait en voiture ou entraît dans une écurie.

M. DE KERVILY.

Étude de la conjonctivite de nature ozéneuse, par A. VALENZI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année).

A propos de quelques observations personnelles, l'auteur étudie ce sujet, constate la fréquence relative de la diffusion du processus ozéneux à l'œil et demande que dans tous les cas de conjonctivite mal diagnostiquée, on fasse l'examen rhinoscopique.

T. MANCIOLI (de Rome).

Ethmoïdite aiguë, par RANGLARET (*Centre médical*, 1^{er} mars 1905).

Une jeune fille, à la suite de l'influenza, fut prise d'un violent coryza, accompagné de maux de tête et de diplopie, avec tuméfaction de l'angle interne de l'œil gauche. La tuméfaction gagna la joue et devint fluctuante au point d'origine. La rhinoscopie antérieure révèle un peu de pus au-dessus du cornet moyen. La température est de 39° et l'état général mauvais. L'intervention décidée consista en une incision, suivie d'un effondrement facile de la lame papyracée de l'ethmoïde avec une curette, un drain fut placé entrant par l'angle interne de l'œil et sortant par le nez. Les suites opératoires furent excellentes, ce qui permit bientôt de retirer le drain. Un mois plus tard la malade élimina par la narine un séquestre de l'ethmoïde et la guérison est maintenant complète.

A. PASQUIER.

Un cas de rhinolithiase, par S. PUSATERI (*Arch. ital. di otol.*, t. XVI, f. iv, 1905).

Une femme présente deux sécrétions fétides de la narine droite : l'auteur en extrait 35 rhinolithes. Le plus volumineux était un morceau de gomme élastique mesurait 15 centimètres de long, 1 cm. 3 de large et 2 millimètres d'épaisseur ; il était recouvert d'arborescences croûteuses et fétides. Tous ces rhinolithes avaient pu entrer dans une narine exceptionnellement grande et vaste, sur les parois de laquelle se concrétiaient constamment des croûtes verdâtres et purulentes. Ceci est à rapprocher au surplus de l'opinion de Zaufal, Meisser, Gerber, qui accordent, dans la pathogénie de l'ozène, une grande importance à l'amplitude des cavités nasales.

T. MANCIOLI (de Rome).

Mucocèle des cellules ethmoïdales antérieures droites, par S. SOLINI (*Clin. méd.*, 29 mars 1905).

La dilatation kystique s'était faite vers l'extérieur et avait usé la paroi osseuse antérieure et, se développant par en bas, avait intéressé le segment supérieur de l'antra d'Highmore. L'opération avait

laissé une fistule. Nouvelle opération établissant une large communication entre la paroi inféro-interne du kyste et la fosse nasale et greffe cutanée, grâce à un lambeau frontal rabattu et tordu sur son pédicule, en ayant soin de ne pas léser les voies lacrymales. Excellents résultats.

T. MANCIOLI (de Rome).

Un cas de rhinosclérome (*scleroma respiratorium*), par J. KAPLAN (*Rousskii Vratch*, 15 décembre 1904).

Homme de 37 ans, se plaint de difficulté à respirer par le nez; dyspnée d'effort. L'examen montre que la lumière des fosses nasales est très rétrécie. La rhinoscopie postérieure montre les choanes à l'état de fentes très étroites. L'odorat est conservé; l'ouïe est assez mauvaise. État général bon. Dans le mucus nasal se trouvent des bacilles du sclérome que l'on peut obtenir facilement en culture pure. L'auteur traite le malade par des injections de thyosinamine en solution alcoolique de 5 à 10 % et obtint une diminution de l'infiltration.

M. DE KERVILY.

Un nouvel olfactomètre clinique, par R. STEVANI (*Arch. ital. di otol.*, t. XVI, f. iv, 1905).

Cet olfactomètre simple consiste essentiellement en un tube long de 7 centimètres, ouvert à une de ses extrémités et muni d'une gaine adhérente; ce tube a une fenêtre longitudinale qui commence à l'extrémité fermée et contient 4 centimètres. Cette fenêtre peut être tout à fait ou en partie obstruée par la gaine susdite; elle est fixée à un bouchon de caoutchouc à travers lequel elle plonge dans une bouteille pleine de liquide odorant; il est évident que les particules seront plus ou moins bien séparées selon que la fenêtre sera plus ou moins ouverte.

T. MANCIOLI (de Rome).

Modifications histologiques après les galvano-cautérisations de la muqueuse nasale. Étude du processus de cicatrisation après destruction ou plaie de cette muqueuse, par ARTHUR WESTERMANN (*The journal of laryngology, rhinology and otology*, février 1905).

Travail accompagné de nombreux cas examinés avec le plus grand détail, suivi d'un résumé de l'auteur et terminé par une bibliographie importante.

G. DIDSURY (de Paris).

Principes du traitement des suppurations du sinus maxillaire, par GERBER, de Königsberg (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, t. I).

Voici les conclusions de ce travail :

Pour traiter le sinus maxillaire, il faut autant que possible utiliser ses communications naturelles avec les fosses nasales et éviter les communications artificielles avec la cavité buccale.

Les cas légers et moyens sont justiciables simplement de lavages par le méat moyen à l'aide de la fine canule de Hartmann.

Dans les suppurations de durée un peu longue, où le pus est épais et fétide, on pratiquera une brèche artificielle dans le méat moyen, d'après la méthode d'Onodi, précédée si c'est nécessaire de la résection du cornet inférieur.

Les cas graves et chroniques sont justiciables d'une large trépanation de la fosse canine : cette ouverture ne servira qu'à l'inspection et au curettage de la cavité du sinus ; on établira une large brèche dans le méat moyen pour suturer immédiatement la muqueuse de la fosse canine.

Exceptionnellement on ne laissera de communication bucco-sinu-sale que dans les cas où une sténose prononcée des fosses nasales rend tout traitement nasal impossible et lorsque le malade ne peut pas recevoir de soins médicaux suffisants. DELOBEL (de Lille).

Traitement opératoire des suppurations chroniques des sinus frontaux, par C. B. LAGERLÖF (Société médicale suédoise, dans *Hygiea*, n° 3, mars 1905, p. 27-32 du Supplément).

Discussion entre l'auteur et le professeur BERG sur les avantages de la méthode de KILLIAN. BERG propose de la combiner avec celle de JANSEN et de tapisser les cavités avec des greffes de THIERSCH. MENIER (de Figeac).

Radiothérapie pour cancer du nez, par GAUTHIER (Société nationale de médecine, 8 mai 1905, in *Lyon Médical*, 4 juin 1905).

Femme 50 ans. Cancer externe ; examen histologique positif ; quarante séances de quarante minutes en six mois. Amélioration. Curetage. Nouvelle séance de radiothérapie. Diminution des ganglions. Guérison presque complète. Il s'agissait d'une forme uniquement des parties molles. L'auteur présente une série de photographies de cancers du nez (service de M. Jaboulay) avec de bons résultats. Le nez fournit les meilleurs cas. La cure des cancers profonds des vis-cères et des membres est le plus souvent sans résultat.

SARGNON (de Lyon).

III. — LARYNX

Recherches anatomiques sur le craquement laryngé, par CHÉRIÉ-LIGNÈRE (*Rev. clin. della Ass. med. Chir. di Parma*, février 1905).

Le professeur Riva en avait déjà parlé. L'auteur distingue un craquement hyoïdien et un craquement thyroïdien ; il ajoute que le premier est fréquent parce que l'hyoïde s'ossifie vite ; le second correspond à une invasion du thyroïde par le processus de calcification qui, d'après Rix, est parallèle au dépôt de sels calcaires dans les parois vasculaires ; l'auteur a en effet constaté à l'autopsie que le craquement thyroïdien coïncidait avec des adhérences vasculaires très marquées.

Faisons remarquer ici que le prof. Ferreri a cité la première observation de craquements laryngés dans sa Prophylaxie Sociale des premières voies respiratoires, 1904. T. MANCIOLI (de Rome).

Remarques sur les données établies par le professeur Barth sur l'étude des mouvements du larynx dans les divers degrés de l'échelle tonale, par HELLAT, de Saint-Petersbourg (*Arch. f. rhinol. u. laryngol.* de Fränkel, vol. XVII, Berlin 1905).

Dans un précédent numéro, l'auteur avait établi que, chez les forts chanteurs, le larynx se trouve pendant le chant, situé un ou deux centimètres plus bas qu'à l'état de repos et qu'il reste dans cette position dans toute l'étendue du registre qu'il embrasse.

Ces assertions ont été contredites par Barth : d'après lui le larynx ne reste pas immobile mais se déplace suivant les diverses notes émises.

Hellat lui répond qu'il s'agit d'une confusion : ce qu'il a voulu dire c'est que, dans l'effort du chant, le larynx s'abaisse et qu'il reste abaissé pendant toute la durée de cet effort : mais il ne conteste pas que cet abaissement soit plus ou moins marqué selon la hauteur du son émis.

DELOBEL (de Lille).

Corps étranger du larynx, par SOPHUS BENTZEN (*Hospitalstidende*, 22 février 1905, p. 165-172).

Le malade, âgé de 3 ans, fit quinze jours avant une chute sur le siège; ni la tête ni le cou ne touchèrent le sol. Il devint immédiatement aphone et la respiration devint sifflante; pas de cyanose. L'état s'améliora pendant ces quinze jours. Un médecin pensa au croup et fit entrer l'enfant à l'hôpital.

Rien au pharynx, rien au larynx; respiration très striduleuse renforcée, mais normale. En bas, quelques gros râles. Pouls rapide.

On fit une trachéotomie inférieure sans trouver de corps étranger. Ni l'exploration digitale, ni la laryngoscopie n'en démontrèrent la présence.

L'auteur vit alors le malade : il exclut fracture ou luxation du larynx ainsi que paralysie bilatérale des cordes. Il pensa que l'enfant, ayant quelque chose dans la bouche, l'avait avalé lors de la chute. Mais toutes les explorations n'avaient rien montré.

L'auteur ayant introduit le doigt sentit un corps pointu qui était dans le ventricule de Morgagni du côté droit. Avec une pince fine il parvint à retirer un fragment de fil de fer de 1 cent. 1/2 de long; continuant l'exploration, il retira un autre fragment plusieurs fois plus long que le premier. C'était du fil galvanisé qu'on emploie pour les fermetures de parcs et basses-cours.

Ajoutons que cette ablation fut faite pendant la narcose.

L'enfant guérit très bien; la parole et la respiration devinrent excellentes; la fistule trachéale se ferma complètement.

MENIER (de Figeac).

Un cas de fibrome mou intra et extra-laryngien, par F.-T. PAUL, de Liverpool (*British Medical Journal*, 28 mars 1905, p. 646).

L'auteur rapporte un cas de fibrome mou du cou et du larynx, pareil au cas de Felix Semon (*Arch. internat. de laryngol.*, tome XIX, n° 2, p. 644), mais plus rapide; au point de vue histologique, la ressemblance est exacte. Il s'agissait d'une femme âgée de 20 ans, que l'auteur a traitée en 1893. Pendant l'opération, il fallut pratiquer la trachéotomie, et on trouva que la tumeur était si étendue que l'enlèvement n'était plus faisable. La malade portait toujours la canule qu'il fallut peu à peu allonger, enfin à la bifurcation de la trachée. Alors, la malade mourut le 7 mars 1895.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Un cas rare de fibrome œdémateux du larynx, par ACHRENT, de Francfort-sur-le-Mein (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, Berlin 1905).

Ce cas concerne un homme de 25 ans, sous-officier, qui se plaignait d'enrouement sans troubles de la respiration.

A l'examen laryngoscopique, on trouva une tumeur volumineuse, multilobée, obstruant presque complètement l'orifice glottique, et dont il fut possible, après de multiples examens, de déterminer l'insertion sur la corde vocale gauche, dans sa région toute postérieure au niveau de son insertion aryténoïdienne. L'extraction en fut faite à la pince laryngienne et le point d'insertion abrasé à la curette.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibrome infiltré de nombreux éléments conjonctifs. DELOBEL (de Lille).

Emploi de l'intubation dans deux cas de sténose laryngée survenue à la suite de variolè et de scarlatine, par A. BONAIN (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 13 mai 1905).

Les avis sont partagés au sujet de l'emploi de l'intubation dans les laryngo-sténoses des maladies infectieuses. L'auteur eut l'occasion de l'appliquer récemment dans deux cas différents. Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 8 ans, atteinte de variolè confluente hémorragique, qui fut intubée pour une sténose laryngée datant de trois semaines. Le tube fut expulsé au bout de trois heures. L'amélioration n'ayant été que passagère, et dans la crainte de déterminer des accidents en introduisant un tube de calibre supérieur à celui de l'âge de l'enfant, on eut recours à la trachéotomie. Guérison. Dans le second cas (garçon de onze ans atteint de scarlatine), l'introduction du tube convenant à l'âge de l'enfant fut difficile en raison de l'existence d'un œdème dur, inflammatoire, de la région sous-glottique. Le tube resta trois jours en place et fut extrait facilement : l'enfant était guéri.

P. PILLEMENT (de Nancy).

L'obstruction brusque dans le tubage sans surveillance, emploi de tubes ajourés, par E. ESCAT, de Toulouse (*Presse médicale*, 7 juin 1905).

On a reproché au tubage sans surveillance l'expulsion spontanée du tube et son obstruction brusque. Le premier danger est évité en employant un tube de gros calibre.

Le second danger a soulevé de plus violentes critiques et Escat rappelle la longue liste des auteurs qui ont discuté la question. Différents moyens ont été proposés pour prévenir l'obstruction brusque, tels que :

- 1° employer un tube long et large ;
- 2° fixer le tube par un fil, engagé dans un drain et appliqué sur la joue, ce qui permet de tirer en cas d'obstruction brusque ;
- 3° saturer l'atmosphère de vapeur d'eau par évaporation d'une solution faiblement antiseptique pour éviter la dessiccation des mucosités ;
- 4° provoquer l'accès de toux pour l'expulsion des membranes ;
- 5° écouvillonner le tube une fois par 24 heures ;
- 6° lubrifier la surface interne du tube ;
- 7° éviter l'administration des médicaments stupéfiants : belladone, aconit, codéine, bromures.

Pour éviter cet accident on a pensé à modifier le tube O'Dwyer. Tsakyris et Dionisio ont proposé différents modèles. L'auteur a fait construire un tube ajouré, non en séries circulaires comme sur le tube de Dionisio, mais sur une ligne hélicoïdale (les oreilles de la tête du tube sont largement ajourées), constituant deux voies collatérales.

Si malgré l'emploi de ce tube, l'obstruction se produit, il faut pratiquer l'énucléation ou employer l'un de ces divers moyens :

- 1° faire avaler une gorgée d'eau froide, une partie du liquide entrant dans le tube facilite le rejet de la fausse membrane ;
- 2° un jet d'eau froide sur le pharynx provoque la toux ;
- 3° asperger le corps d'eau froide occasionne une profonde inspiration suivie d'une forte expiration ;
- 4° placer la tête en bas pour faciliter la chute du tube dans le pharynx.

L'auteur propose d'ajouter à ces moyens : une douche pharyngée avec un siphon d'eau de seltz, ou insuffler de l'air avec une forte poire de Politzer.

A. PASQUIER.

IV. — PHARYNX

Symptômes secondaires des végétations adénoïdes, par J. F. FISCHER (*Ugeskrift f. Laeger*, 1904, p. 757).

A la polyclinique oto-rhino-laryngologique du professeur MYGIND, on a traité, de mars 1899 à janvier 1902, 500 adénoïdiens. Beaucoup avaient de l'incontinence nocturne d'urine, guérie ou améliorée par l'opération. 53 avaient des épistaxis ; chez 15 (sur 21 qu'on put suivre), elles disparurent après l'opération. Chez 3, elles diminuèrent ; chez les trois derniers, pas de modifications. 221 avaient de la céphalée ;

chez 149 d'entre eux il n'y avait pas d'anémie. Mais cette dernière existait chez 171; chez 7, elle obligea à différer l'opération. La plupart de ces malades eurent un bon aspect et une grande croissance après l'adénotomie. L'aproxexie fut constatée dans 179 cas, le bégaiement dans 18, 3 étaient atteints de défauts de prononciation.

On n'a pu préciser la fréquence de la faiblesse mentale. L'adénotomie sera sans effet dans les cas de ce genre très marqués.

MENIER (de Figeac).

Cessation des attaques d'épilepsie après l'ablation des végétations adénoïdes, par SAINT-CLAIR THOMSON, de Londres (*Practitioner*, mai 1905).

Une jeune fille, âgée de 6 ans, avait souffert d'épilepsie il y a deux années; elle respirait la bouche ouverte et devenait sourde. Les attaques ont cessé quelques mois après l'ablation des végétations, et, après sept années, elles n'ont pas récidivé. L'auteur cite évidence qui doit montrer que l'épilepsie qui commence avant la dixième année guérit rarement.

HAROLD BARWELL (de Londres).

De la fréquence de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes, par VINCENT (*Presse médicale*, 29 mars 1905).

Vincent a observé à l'hôpital du Val-de-Grâce deux cent vingt et un cas d'angine qui se décomposent de la manière suivante :

Angine diphtérique simple ou associée.....	13 cas, soit 588 p. 100
Angine à spirilles et bacilles fusiformes....	5 — 2,26 —
Angine à streptocoques.....	95 — 42,98 —
Angine à staphylocoques.....	57 — 25,79 —
Angine à pneumocoques.....	9 — 4,07 —
Angine à colibacilles.....	2 — 0,90 —
Angine à bacilles de Friedlander.....	1 — 0,45 —
Angine polymicrobienne, diverse ou à microbe indéterminé.....	39 — 17,64 —

Total : 221

Cette statistique porte sur des malades de vingt à vingt-cinq ans et donne 2,26 pour 100 d'angines à spirilles et bacilles fusiformes, cette affection est donc assez fréquente.

Marfan donne la moyenne de un enfant sur cent entrés au pavillon de la diphtérie de son service d'hôpital.

A. PASQUIER.

Fibrome de l'amygdale, par E. HÉDON (*Montpellier médical*, 30 avril 1905).

Tumeur de l'amygdale gauche, observée chez un homme d'une cinquantaine d'années, ayant la forme d'un ovoïde et les dimensions d'une olive, sessile, mais circonscrite à sa base par un sillon circulaire indiquant une tendance à l'énucléation, recouverte d'une muqueuse lisse et rosée nettement distincte de la muqueuse amygdalienne; troubles fonctionnels à peu près nuls; toutefois, dans les

derniers temps, la tumeur ayant acquis une certaine mobilité, tombait sur la base de la langue, occasionnant de la gêne et de la toux. Ablation à l'anse galvanique. Pas de récurrence depuis trois ans. Examen histologique :

La tumeur a une couleur blanc rosé, sa consistance est ferme, sans dureté. La section en est blanche, d'aspect fibroïde, avec des îlots adipeux jaunes et translucides. Au microscope, on constate qu'il s'agit essentiellement d'une production fibro-adipeuse implantée sur l'amygdale. La section chirurgicale a porté dans le tissu réticulé de cette dernière, tissu qui paraît normal et présente un certain nombre de follicules. Le tissu néoplasique se continue avec le tissu réticulé sans couche fibreuse de délimitation. C'est un tissu fibreux assez dense et pauvre en cellules, parsemé d'îlots de tissu adipeux. L'épithélium buccal engaine toute la production. En divers points, et notamment vers le voisinage du sommet de l'ovoïde, on note au-dessous de l'épithélium une infiltration lymphocytaire qui arrive par transitions insensibles à former de petits foyers de tissu réticulé, vestige de la structure primitive. Dans l'axe de la tumeur existent des traînées de cellules bourrées de particules pigmentaires jaunes. Enfin, en un point, on constate l'existence dans le tissu fibreux de quelques cellules géantes polyédriques à angles vifs, contenant dans leur partie centrale quinze à vingt noyaux groupés.

Cet examen histologique ne laisse donc aucun doute sur la nature de la tumeur ; il s'agissait bien ici d'un fibrome ayant pris naissance dans le tissu amygdalien lui-même. Quant à la signification des cellules géantes trouvées en un point de la tumeur, elle est assez énigmatique. On ne saurait admettre que la tumeur fût la transformation d'une production tuberculeuse. Peut-être ces cellules avaient-elles pris naissance autour de petits corps étrangers qui auraient accidentellement pénétré dans le tissu.

E. HÉDON (de Montpellier).

Un cas d'endothéliome de la région de l'amygdale linguale par N. BIAGGI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année).

L'auteur pense que la pathologie variée et complexe de l'amygdale linguale est à refaire ou dans tous les cas à compléter, et il rapporte un cas très intéressant d'une malade présentant une tumeur grosse comme une aveline, sur la base de la langue, qui fut extirpée par la pharyngotomie latérale inférieure sus-hyoïdienne et dont l'examen histologique démontre la nature endothéliale.

T. MANCIOLI (de Rome).

Un cas d'une bride de la luvette, par F. MARSH, de Birmingham (*British Medical Journal*, 15 avril 1905, p. 821).

Il s'agit d'une femme de 35 ans. La luvette se plie à angle aigu, et elle est attachée au voile du palais par une bride de la grosseur du *frenum linguae*; cette bride s'étend tout le long de la luvette.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Adhérence vélo-pharyngée cicatricielle, par T.-K. HAMILTON, d'Adélaïde (Australie) (*Journal of Laryngology*, mai 1905).

L'auteur décrit quatre cas, dus à une syphilis tertiaire, et trois cas à une syphilis congénitale. On a dit que les lésions syphilitiques tertiaires se trouvaient très rarement chez les jeunes enfants, mais trois de ces cas-ci étaient assez jeunes. On doit ordonner le mercure et l'iodure de potassium en même temps. Après l'opération, les adhérences se rejoignent très souvent; l'auteur emploie avec beaucoup de succès une denture pourvue d'une saillie courbée qui se projette en haut dans le rhino-pharynx. HAROLD BARWELL (de Londres).

Ulcération et perforation palatine chez une enfant scrofuleuse. Adénopathie scrofulo-syphilitique, par NICOLAS et MOURICAND (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 4 avril 1905, in *Lyon médical*, 16 avril 1905)

C'est le deuxième cas d'association présenté en un mois. Il s'agit d'une fillette de 6 ans qui a eu de la bronchite, une tumeur blanche du genou droit et qui présente actuellement une fissure palatine médiane avec petites ulcérations et granulations jaunâtres. Perforation naso-buccale très petite. Perforation des os propres du nez. Ulcération nasale gauche. Larmolement. Épiphora. Polyadénite sous-maxillaire, sous-mentale, pré-auriculaire. Diminution considérable par le traitement spécifique. L'auteur conclut à :

- 1° La nature presque exclusivement syphilitique de toute perforation palatine;
 - 2° Certaines adénopathies, d'allure tuberculeuse, peuvent être de nature syphilitique.
- SARGNON (de Lyon).

Tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant, par MOIZARD, DENIS et BALÉE (*Bul. de laryngol., otol. et rhinol.*, 31 mars 1905).

Il s'agit d'un sarcome qui a évolué en six mois chez un enfant de 9 ans. Les tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant sont très rares; en cherchant dans la littérature médicale les cas publiés en France et à l'étranger, les auteurs n'ont pu en recueillir que 13 ou 14.

A. GROSSARD (de Paris).

V. — BOUCHE

Formes microbiennes du champignon du muguet, par M. et M^{me} BOURGUIGNON (Soc. de biologie, 18 février 1905).

Dans leurs premières expériences, M. et M^{me} Bourguignon avaient vu se transformer les formes levures du muguet en bâtonnets avec ou sans renflements; dans leurs dernières recherches, ils ont assisté à la transformation inverse et ils considèrent comme probable le passage de la forme bactérienne à la forme du coccus.

A. PASQUIER.

Gangrène de la bouche, noma, par G. ALVANY (*Real Acad. de med.*, 11 mars 1905).

Trois cas de noma : le premier occupant la partie interne de la joue gauche avec ulcération sanieuse sur le point de perforer la peau ; odeur fétide et coexistence de gingivite ulcéro-membraneuse et de phénomènes généraux graves ; le deuxième chez une toute petite fille, avec phénomènes toxiques à marche rapide, amenant la mort le deuxième jour ; le troisième semblable au premier, mais consécutif à la rougeole. Traitement de Siredey, de Mantoue ; attouchement toutes les quatre heures au bleu de méthylène (solution à 2%) et collutoires fréquents au permanganate de potasse à 1 pour 5000. Guérison rapide dans les cas 1 et 3, après amélioration considérable des symptômes, infiltration, ulcération, odeur, etc. L'auteur suppose que l'action du bleu de méthylène est due non seulement à son pouvoir antiseptique, mais encore à ce fait qu'il pénètre dans tous les tissus, car il ne coagule pas l'albumine, tandis que les caustiques ordinairement employés forment une coque sous laquelle le microbe du noma peut continuer son action dévastatrice.

E. BOTELLA (de Madrid).

Tumeur de la langue, par Maurice CAMUS et ERTZBISCHOFF (*Soc. anatomique*, 7 avril 1905).

Ils présentent une tumeur cartilagineuse qu'ils ont extraite de la pointe de la langue. Herrenschildt a reconnu par l'examen histologique qu'il s'agissait d'un chondrome vascularisé entouré d'un péri-chondre. La muqueuse linguale était normale au niveau de la tumeur.

A. PASQUIER.

Chancre de la gencive, par CHOMPRET (*Soc. de dermat. et de syphil.*, 3 mars 1905).

Chompret a observé chez une jeune femme, un chancre de la gencive supérieure au niveau du collet des incisives droites. L'ulcération était indolore, sans rebords, à fond grisâtre et à liseré rouge.

Il existait une petite adénopathie sous-maxillaire droite. Sur une gencive antérieurement malade nous aurions eu, d'après l'auteur, une ulcération d'un autre aspect, profonde, large, à rebords irréguliers, avec ostéopériostite du maxillaire.

A. PASQUIER.

Névralgie du nerf buccinateur, par B. NIEDERLE (*Revue v. neurologii, etc.*, de Prague, janvier 1905, p. 5-8).

L'auteur a observé un cas de névralgie du nerf buccinateur isolée, qu'il a traitée avec succès par l'opération (méthode extérieure de ZUCKERKANDL).

Cette névralgie est rare. Les symptômes caractéristiques sont d'abord des douleurs névralgiques localisées dans la muqueuse de la joue jusqu'à l'angle de la bouche. A la région des molaires on trouve un point douloureux à la pression qui provoque un accès. L'auteur a constaté que ce point correspond au trajet de l'artère

maxillaire, dont il a vu que les pulsations étaient augmentées. Il s'agit là évidemment d'un point douloureux de VALLEIX.

Le cas est celui d'une femme de 72 ans qui n'a pas présenté de récidive.

MENIER (de Figeac).

Fracture du maxillaire supérieur, par SÉBILEAU (Soc. de chirur., 1^{er} mars 1905).

Sébileau présente un malade qui a eu la face écrasée par une roue de voiture, il existait une fracture comminutive de l'os malaire et une fracture du maxillaire supérieur consistant en un décollement du procès alvéolaire. Delair maintint le procès alvéolaire en place avec une plaque intra-buccale en aluminium, s'adaptant au front et à l'occiput. Le résultat fut excellent, le procès alvéolaire se ressouda à la voûte palatine.

A. PASQUIER.

Cas d'angiosarcome du maxillaire inférieur traité par les rayons de Röntgen, par FISCHER et SCHOU (Société médicale danoise dans *Hospitalstidende*, n° 13, 29 mars 1905, p. 293-296).

Guérison au bout de treize séances. La longueur d'étincelle de l'inducteur était de 35 cent., le courant avait 110 volts, l'intensité était de 2 ampères 1/2. L'anticathode était tenue à 20 cent. de la peau; le reste de la face était protégé par une plaque de plomb.

Dans la discussion, ROSVING cite un cas de sarcome du maxillaire inférieur guéri par le même procédé. La forme histologique du sarcome était bénigne.

MENIER (de Figeac).

VI. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, OESOPHAGE

De l'emploi d'une sonde porte-caustique modifiée pour le traitement des voies respiratoires supérieures, par SANITOR, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. II, mars 1905).

L'auteur, qui s'occupe spécialement de gynécologie, a obtenu dans le traitement du catarrhe du col et de la gonorrhée, de très bons résultats de l'emploi d'une sonde porte-caustique stérilisable. Il a modifié cette sonde de façon à la rendre propre aux manœuvres otorhino-laryngologiques : son grand avantage est de permettre la stérilisation immédiate et parfaite dans une flamme du coton contenu dans la sonde.

Outre l'avantage de pouvoir servir pour plusieurs patients successivement sans les contagionner l'un par l'autre, cette sonde possède encore celui de pouvoir être trempée dans une solution médicamenteuse (cocaïne-adréraline par exemple) sans infecter celle-ci.

DELOBEL (de Lille).

Sur la guérison des fistules trachéo-œsophagiennes,

par VON NAVRATIL (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*).

Le cas qui a servi de point de départ à l'auteur pour son étude peut, d'après le procès-verbal d'autopsie, se résumer ainsi : petites cicatrices du larynx sur les apophyses vocales, grande cicatrice en forme de diverticule sur le côté gauche de la trachée après destruction de la muqueuse et des cartilages inférieurs de la trachée à partir du neuvième anneau jusqu'à la bifurcation. Perforation de la trachée communiquant avec l'œsophage; broncho-pneumonie purulente par déglutition; perforation de la plèvre; pyopneumothorax circonscrit à droite. Ganglion trachéal caséifié adhérent au diverticule cicatrisé; il a le volume d'une noisette; autre ganglion caséifié sous la poignée du sternum. Récurent gauche adhérent au diverticule : il est atrophié; paralysie du crico-aryténoïdien postérieur gauche. Hypertrophie des ganglions interbronchiques. Gomme syphilitique volumineuse du foie (dimension d'un noyau de prune). Pancréatite interstitielle peu considérable. On avait pratiqué une gastrotomie pylorique.

L'auteur passe ensuite en revue les cas de fistules trachéo-œsophagiennes existant dans la littérature.

Les fistules peuvent avoir pour causes :

1° Les traumatismes directs, dans lesquels rentrent les traumatismes par opération et cathétérisme; indirects, par le séjour prolongé de corps étrangers, y compris les canules dans la trachéotomie, par ulcération due aux tumeurs (anévrismes);

2° Les carcinomes qui, ordinairement, ont un point de départ œsophagien, comme aussi la perforation;

3° La tuberculose. Dans ce cas, la perforation vient de la trachée ou est due à la destruction d'un ganglion situé entre l'œsophage et la trachée;

4° Les abcès profonds du cou;

5° La syphilis;

6° La fièvre typhoïde;

7° La scarlatine;

8° L'actinomycose.

Citons enfin les fistules congénitales.

Dans le carcinome, on ne peut que faire la gastrotomie pour empêcher le malade de mourir de faim; dans la tuberculose, on tâchera, si l'affection générale n'est pas trop avancée, de fermer la fistule, sinon on pratiquera également la gastrotomie. Dans les autres maladies, il faut intervenir; le succès sera d'autant plus grand que la fistule sera plus petite.

L'auteur a fait des expériences sur les animaux auxquels il pratiqua des fistules qu'il sutura ensuite: la fistule œsophagienne par une suture en bourse, recouverte par une suture musculaire; la fistule trachéale par une suture en surjet. La guérison fut parfaite dans un cas où il employa cette méthode à laquelle il était arrivé après de nombreux tâtonnements et quelques échecs. MENIER (de Figeac).

Du réflexe œsophago-salivaire envisagé comme symptôme du cancer de l'œsophage, par ANTONY (*Soc. méd. des hôp.*, 18 février 1905).

Antony rapporte les observations de trois malades atteints de cancer de l'œsophage, qui ont présenté une salivation abondante et continue dans les dernières semaines de leur existence.

Roger a démontré que l'irritation de la muqueuse œsophagienne provoquait une abondante salivation. Avant lui, Meunier, Terrier et Louis avaient remarqué chez quelques malades une salivation anormale.

Antony fait remarquer l'importance qu'il y aurait à préciser la fréquence de ce symptôme et le moment de son apparition chez les cancéreux. Il demande si le même symptôme a été observé dans les cas de compression de l'œsophage.

Triboulet considère ce symptôme comme rare, par rapport à la fréquence du cancer de l'œsophage. Siredey a observé une salivation abondante dans un cas d'ulcère stomacal, et l'œsophage était sain.

A. PASQUIER.

Le rôle du réflexe œsophago-salivaire dans la déglutition, par ROGER (*Presse médicale*, 8 mars 1905).

Les expériences de Roger démontrent que deux réflexes interviennent pour faire progresser un corps étranger arrêté dans l'œsophage. Le premier a pour point de départ la muqueuse de ce conduit et aboutit à la production d'un flux salivaire. Le deuxième, provoqué par l'arrivée de la salive, se traduit par un mouvement du pharynx qui se propage à l'œsophage. La vagotomie double supprime le réflexe œsophago-salivaire, une injection d'atropine produit des effets analogues. Après l'extirpation des trois paires de glandes salivaires, l'excitation de l'œsophage provoque une sécrétion buccale suffisante pour stimuler le pharynx et mettre en jeu les contractions œsophagiennes.

A. PASQUIER.

Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage (Société des Sciences médicales de Lyon, 22 février 1905; in *Lyon Médical*, 11 avril 1905).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans opérée dans le service de M. Bérard pour os de côtelette de porc avalé deux jours avant. L'œsophagoscopie essayée par M. Garel n'avait pas réussi. La radioscopie ne donnait pas de renseignements nets.

Température de 39°. Intervention par voie interne d'emblée.

Incision de l'œsophage. Issue de salive fétide (œsophagite). Corps étranger enchassé au-dessous du cricoïde de la muqueuse. Ablation avec une pince par l'œsophage.

C'est un os plat de 3 centimètres de long sur 1 de large avec deux extrémités pointues.

Suture œsophagienne intra-muqueuse. Drainage, suture de la peau. chute de la température; guérison rapide.

C'est le 9^e cas, opéré par l'auteur avec un seul décès par accident pulmonaire prolongé. Dans ce cas les manœuvres par les voies naturelles n'auraient certainement pas réussi. L'auteur a étudié avec M. Leriche dans la *Semaine médicale* et il conseille :

a) *Corps étranger récemment dégluti à contours mous.*

Ablation par les voies naturelles sous anesthésie, si possible, en s'aidant du miroir et mieux de l'œsophagoscope.

Si ces moyens sont impraticables ou échouent, emploi du crochet de Kirrison.

b) *Dans tous les autres cas, œsophagotomie.*

L'extraction à l'aveugle des corps étrangers de l'œsophage est très dangereuse.

M. Garel, à ce propos, constate aussi que les tentatives par les voies naturelles sous le contrôle de la vue, sont dangereuses, quand le corps étranger pointe des arêtes plus ou moins vives. Dans un cas, l'introduction du tube œsophagoscopique n'a pu aboutir à cause de l'écartement trop faible du maxillaire et de l'embonpoint de la malade.

Aussi, il a conseillé l'œsophagotomie de suite.

SARGNON (de Lyon).

VII. — ANESTHÉSIE.

Narcose par le chlorure d'éthyle dans la pratique otorhino-laryngologique, par NEUENBURY, de Crafeld (*Arch. f. laryngol. u. rhinologie*, de Fränkel, vol. XVII, t. I).

Cette anesthésie est préférable à celle que procure le bromure d'éthyle, cette dernière provoquant une sensation d'asphyxie très pénible.

Elle est applicable à toutes les interventions de la spécialité qui, sans durer longtemps, sont cependant douloureuses et pour lesquelles la cocaïne ne peut donner une anesthésie suffisante telles que : végétations adénoïdes, polypes d'oreille, furoncles du conduit, paracétase chez des malades pusillanimes, opérations sur les amygdales, ablation de petites tumeurs, incision d'abcès. L'idéal de l'anesthésique pour ce genre d'opérations est celui qui s'élimine rapidement, avec le minimum de dangers pour l'opéré; le grand nombre de produits proposés: protoxyde d'azote, somnoforme, bromure d'éthyle, etc. montre qu'aucun d'eux ne remplit les conditions voulues et seul le chlorure d'éthyle s'est conquis une place définitive.

Le chlorure d'éthyle, nommé aussi kélène a été introduit dans la pratique par Redard en 1890 et employé d'abord comme anesthésique local et le Pr. Harcher l'appliqua à la narcose générale.

Pour éviter d'avoir à lutter contre la contracture des mâchoires, il est préférable de placer un ouvre-bouche avant de commencer

l'anesthésie; en général 1 à 3 gr. suffiront pour les enfants; 2 à 3 gr. pour les femmes : pour les hommes 10 gr. sont nécessaires pour obtenir l'anesthésie. Celle-ci est obtenue au bout de quelques minutes sans période d'excitation notable. On peut même opérer après un repas et dans la position assise.

D'après les statistiques la mortalité dans l'anesthésie par le chlorure d'éthyle n'est que de 1 pour 16.000, tandis qu'elle est de 1 pour 8000 pour le bromure d'éthyle, de 1 pour 5000 avec l'éther, 1 pour 3000 avec le chloroforme et de 1 pour 200 avec le somnoforme.

DELOBEL (de Lille).

Empoisonnement aigu par l'aniline après emploi d'un anesthésique local dans l'oreille), par Martin SUGAR (Arch. f. Ohr., p. 248).

Pour obtenir l'anesthésie de l'oreille dans de petites opérations (paracentèse, incision de furoncles, etc.), l'auteur se servit souvent avec de bons résultats de l'instillation dans l'oreille de quelques gouttes du liquide préconisé par Gray et qui consiste dans un mélange d'une solution alcoolique de chlorhydrate de cocaïne et d'une solution d'eucaine dans l'huile d'aniline. Mais un cas malheureux d'intoxication lui montra que cet anesthésique local n'est pas sans danger. Chez une fillette de 9 ans, pour curetter des granulations de la caisse, il employa l'anesthésique en question; l'enfant demeura immobile, sans ressentir de douleur; mais quelques jours après, elle était très malade, se plaignait de nausées, de mal de tête, avait des vomissements, des vertiges, des mictions fréquentes et abondantes d'une urine brune; elle eut même des convulsions. L'auteur pensa d'abord à une intoxication par la cocaïne, mais la coloration livide des lèvres, la cyanose du visage, la coloration bleu foncé du tissu sous-unguéal le mirent aussitôt sur la voie du diagnostic d'une intoxication par l'aniline. Ayant profité de l'état d'apathie de l'enfant pour lui enlever le reste des granulations de la caisse, il obtint dans cette opération une petite quantité de sang qui, à l'analyse spectroscopique, montra, d'une manière notable, la bande d'absorption de la méthémoglobine. Il ne restait donc aucun doute que l'on eût, dans ce cas, assisté à une intoxication par l'aniline, soit qu'on eût été en présence d'une idiosyncrasie, soit que quelques gouttes de la solution eussent été résorbées par le tissu vasculaire des granulations ou par la muqueuse normale, après pénétration dans les trompes. La solution anesthésique de Gray n'est donc pas sans danger.

E. HÉDON (de Montpellier).

La strie vasculaire de la chauve-souris), par le prof. L. KATZ (Arch. f. Ohr., p. 271).

Un épithélium cylindrique à une seule couche, de direction à peu près perpendiculaire, à protoplasma nettement strié qui rayonne vers un tissu conjonctif réticulaire sous-jacent à noyaux, envoyant par endroits des touffes vers la superficie, entre les cellules épithéliales. Le noyau des cellules cylindriques épithéliales irrégulières,

est le plus souvent dans la tête, mais il y a aussi des cellules épithéliales plus coniques dont le noyau se trouve au milieu du corps protoplasmique. Des coupes de vaisseaux se voient entre les cellules épithéliales ou recouvertes par elles. L'auteur estime, contrairement à Retzius et à Prenant, et aussi à Kölliker, que la strie vasculaire ne consiste pas seulement en un pur épithélium, porteur de vaisseaux, mais bien en plusieurs sortes de tissus : 1° D'un épithélium cylindrique à une seule couche, relativement gros, à stries fibrillaires; 2° de vaisseaux et 3° de tissu conjonctif. Il n'existe pas de membrane basale propre.

E. HÉDON (de Montpellier).

VIII. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Appareil de Rossi pour le massage vibratoire de l'oreille, par DE CARLI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année).

Avec cet appareil construit pour la cure de la paracousie, l'auteur a obtenu des résultats encourageants qu'il se propose de contrôler encore pour se rendre compte définitivement de la valeur thérapeutique du massage vibratoire.

T. MANCIOLI (de Rome).

Du massage de la trompe d'Eustache, par URBANTSCHITSCH (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1905).

Au lieu d'exécuter à la main le massage de la trompe d'Eustache, Urbantschitsch se sert d'un moteur électrique qui actionne la poignée à excentrique, à l'extrémité de laquelle une pince spéciale fixe les bougies en celluloïd; celles-ci ont en général un tiers de millimètre d'épaisseur.

On détermine préalablement le nombre des tours à la minute du moteur : 300 tours à la première séance, 6 à 700 tours aux séances suivantes, puis l'on procède de la manière suivante : la bougie, une fois introduite dans la trompe, est fixée à la pince sur une longueur de 1 à 2 centimètres; le cathéter étant tenu de la main gauche, on retire un peu la bougie de façon que son extrémité distale ne dépasse l'isthme tubaire que d'un millimètre au maximum; pour l'obtenir, il faut déterminer au préalable la longueur d'excursion de l'excentrique : 5 à 7 millimètres paraissent à l'auteur être la longueur la plus favorable. On met alors en marche le moteur et l'on cesse le massage après quinze secondes à la première séance; les séances suivantes doivent durer d'une à trois minutes. Les malades n'éprouvent aucune douleur; quant au danger de blesser la muqueuse, chacun peut l'éviter quand on sait exécuter correctement le bougirage. L'auteur ne réserve ce traitement énergique qu'aux malades qui n'ont retiré aucun bénéfice des traitements habituellement prescrits; il l'applique aussi quand il s'agit de patients gravement atteints. Les résultats qu'il en a obtenus : diminution des bourdonnements, amélioration de

l'audition, lui paraissent favorables, surtout dans les cas d'otite moyenne catarrhale chronique. Le traitement comporte en tout vingt à quarante séances, à raison de deux à trois par semaine.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Présentation d'un stylet porte-coton pour le nettoyage du canal de l'infundibulum, par HECHT, de Munich (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, Berlin, 1905).

L'instrument le plus pratique pour manœuvrer à travers un vestibule nasal étroit, comme c'est le cas chez les enfants, consiste dans un long stylet rectiligne.

Les dispositions anatomiques du canal de l'infundibulum sont des plus variables : les cas où son cathétérisme avec une fine sonde molle recourbée est impossible, sont exceptionnels. La plupart du temps il est facile d'y introduire une sonde, sans qu'il soit toujours nécessaire de faciliter cette manœuvre par la résection préalable de la tête du cornet moyen, à l'aide de la pince ethmoïdale. Dans les cas d'empyème aigu ou chronique, le cathétérisme est surtout rendu difficile par le gonflement de la muqueuse qui vient s'appliquer sur l'orifice de la canule.

C'est dans ces cas que le porte-coton rectiligne rend service en permettant le badigeonnage préalable de cette muqueuse à l'aide d'une solution faite de cocaïne additionnée de quelques gouttes d'adrénaline.

DELOBEL (de Lille).

Méthode pratique de turbinectomie, par G. FERRERI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année).

On sait les inconvénients de toute turbinectomie totale ; il est très bon qu'on enlève le cornet en sa totalité. L'auteur conseille alors de transfixer la partie antérieure et de l'attirer en avant, au fur et à mesure qu'on opère en arrière.

T. MANCIOLI (de Rome).

Action locale du sérum antidiphtérique, par DOPTER (*Soc. méd. des hôp.*, 31 mars 1905).

Chez soixante-douze malades atteints d'angine diphtérique, Dop-ter a fait prendre chaque jour douze pastilles de Martin (sérum antidiphtérique antimicrobien) afin de faire disparaître plus rapidement le bacille de Löffler de la gorge de ces malades. Il n'a pas fallu plus de cinq jours de traitement dans chaque cas et les récurrences furent rares. Dop-ter conseille de supprimer tout gargarisme qui diluerait le sérum.

Dans les fosses nasales, on peut employer le sérum desséché sous forme de prises, mais les résultats ont été moins encourageants.

Les pastilles ont semblé prévenir la paralysie du voile du palais.

Sicard a reconnu au bleu de méthylène les mêmes propriétés microbicides, mais moins rapides qu'avec les pastilles.

Lermoyez pense que si le sérum desséché n'a pas donné les mêmes

résultats dans les fosses nasales, c'est qu'en prises la poudre n'atteint que les surfaces, le long du trajet de l'air inspiratoire; il suffirait de l'insuffler pour recouvrir une plus large surface et amener une guérison plus rapide.

A. PASQUIER.

Sur l'influence de la sérothérapie, sur la mortalité par le croup et la diphtérie à Gothembourg (Suède), par HJALMAR WENNERBERG (*Hygiea*, n° 2, février 1903, p. 155-171).

Des tableaux statistiques de l'auteur, il ressort que le traitement par le sérum amène une diminution dans la mortalité par le croup et la diphtérie et que cette diminution est surtout frappante parmi les malades traités par le sérum.

MENIER (de Figeac).

Prothèses à la paraffine, par P. KALD (*Hospitalstidende*, n° 11, 15 mars 1903, p. 244).

L'auteur divise les opérateurs qui se servent de la paraffine en trois groupes :

1° Ceux qui emploient la paraffine facilement fusible;

2° " " difficilement fusible;

3° " " à fusion relativement difficile (il

se range dans ce groupe). Ces derniers injectent la paraffine (fusible à 50°) à l'état pâteux au moyen de seringues spéciales, comme celle de Stein. On évite ainsi les accidents des deux premières méthodes : embolies pulmonaires, cécité, troubles trophiques, déplacement des prothèses.

Il présente cinq prothèses nasales faites par lui.

MENIER (de Figeac).

Amaurose après prothèse à la paraffine, par W. MINTZ, de Moscou (*Hospitalstidende* du 8 février 1903, un entrefilet contenant la traduction d'un article du *Zentralblatt für Chirurgie*, 1903, n° 2).

Le malade, âgé de 25 ans, atteint d'ensellure nasale syphilitique, fut, après l'injection, atteint de douleurs et de cécité complète et persistante de l'œil gauche. La paraffine était fusible à 43°. On avait employé toutes les précautions. Depuis ce temps, l'auteur avertit ses malades du risque qu'ils courent. Ce risque peut être diminué en se servant de la méthode de STEIN (paraffine non fondue).

Il existe deux autres cas semblables de cécité après prothèse à la paraffine pour ensellure nasale.

MENIER (de Figeac).

L'adrénaline en oto-rhino-laryngologie, par DE CARLI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année).

Elle trouve son indication formelle dans les cas qui nécessitent une profonde ischémie; unie à la cocaïne, elle renforce son pouvoir anesthésique: les qualités hémostatiques sont momentanées et elle agit bien dans les hémorragies capillaires; dans certains cas, elle occasionne une hémorragie secondaire par paralysie vasculaire;

enfin elle peut agir comme astringente, à doses faibles, dans certaines affections catarrhales des voies aériennes supérieures.

T. MANCIOLI (de Rome).

IX. — VARIA

Processus histologique déterminé par l'injection de paraffine, dans le tissu humain vivant, par Eschreiber, de Bonn (*Arch. f. laryngol. u. rhinologie*, de Fränkel, vol. XVII, t. I).

Parmi toutes les études sur cette plastique, celles qui ont pour objet l'organisation histologique d'un dépôt ancien de paraffine sont rares. D'après Jaes on voit la paraffine séparée en petits globes très ténus, englobés par une néoformation conjonctive : de même d'après Moskorriez, la paraffine s'encapsule comme un corps étranger mais n'est pas résorbée.

D'après Stein, la réaction est toute différente selon qu'on a injecté de la paraffine dure, ou de la paraffine molle. Dans le cas de paraffine dure, il se produit autour du bloc une prolifération de cellules quadrangulaires qui aboutissent à la formation d'un tissu conjonctif d'abord, puis fibreux, qui encapsule le corps étranger.

S'il s'agit de paraffine molle, il y a pénétration du bloc par les leucocytes et ce processus aboutit au cloisonnement de ce bloc par des trouées fibreuses qui le divisent en une infinité de globules plus petits.

Le travail de l'auteur est accompagné de trois planches très démonstratives faisant assister à ce travail de pénétration des éléments conjonctif et fibreux dans le corps étranger.

DELOBEL (de Lille).

Moyen d'éviter les stomatites mercurielles : pâte dentifrice à cet usage, par JOHAN ALMQVIST (*Hygiea*, 1904, p. 1033-1042).

L'auteur fait remarquer que souvent de faibles doses de mercure provoquent la stomatite qui, souvent, ne se produit pas après de fortes doses. Il expose ses expériences pour la recherche d'une pâte dentifrice destinée à empêcher la stomatite. Une pâte de ce genre doit s'opposer à la fermentation et à la décomposition, et ne contenir que des éléments solubles dans l'eau, car les parties insolubles pourraient former des dépôts dans les dents et les gencives. La pâte de l'auteur contient 60 % de chlorate de potasse et est donc très semblable à celle si connue de BEIERSDORF. MENIER (de Figeac).

Bronchiome cervical malin traité par la radiothérapie, par BARJON (Société nationale de médecine, in *Lyon médical*, 16 avril 1905).

Il s'agit du malade déjà présenté par MM. Villard et Cotte, deux mois auparavant. Dix séances de radiothérapie couplées deux par deux avec dix jours d'intervalle entre chaque série. La tumeur apparente a disparu. La tumeur profonde a diminué des trois quarts. Pas de malaise, ni de fièvre de résorption. Après les cinquième et sixième séances, ganglions axillaires du volume d'une noix. Guérison par les rayons X. Après la huitième, deux ganglions symétriques sus-claviculaires, l'un traité aux rayons X, l'autre, excisé, présentent les mêmes cellules que la tumeur primitive.

Après la dixième séance, ganglions du lobule de l'oreille et de l'angle de la mâchoire. Traitement par les rayons X. Le Dr Barjon espère améliorer encore son malade, malgré la gravité du cas. A ce propos une discussion s'engage sur l'utilité ou non de traiter les ganglions, véritable barrière contre la généralisation. Tous sont d'accord, cependant, pour suivre le traitement radiothérapique.

SARGNON (de Lyon).

Mutisme datant de seize mois chez un dégénéré migrateur. Guérison par suggestion, par MM. LANNOIS et FEUILLADE. (Communication faite à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, séance du 17 janvier 1905; in *Lyon médical*, 5 février 1905).

Il s'agit d'un homme de 26 ans, doué d'une mémoire surprenante, qui avait des phobies depuis l'âge de trois ans à la suite d'une frayeur. Atteint de manie migratrice, il a fait dix fois de longs voyages à pied sans prévenir. Lors d'un voyage à Montélimar, il demanda des nouvelles du président de la République, qui devait passer, et se fit prendre par la police. Il bégayait depuis 1900. Le bégaiement a augmenté. Il urine au lit.

Il entre dans le service de M. Lannois. La ponction lombaire donne du liquide clair. La radiographie faite par le Dr Barjon ne montre pas de lésion cérébrale. Mutisme complet et hallucination de la vue. Suggestion sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Électrisation. Deux jours après, il causait. La suggestion hypnotique n'avait pas réussi. A la suite, le malade prend des syncopes et a des hallucinations de la vue. Suggestion par des pilules de mica panis. Guérison. Pas d'hystérie chez ce malade. M. Lannois, à propos de ce cas, insiste sur l'importance de la suggestion dans le demi-sommeil qui suit l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle ou le somnoforme et sur les suppléances entre les différents phénomènes présentés par le malade. Quand il a cessé de voyager, il a pris du bégaiement et du mutisme; puis le mutisme guéri, le malade, de suite, voulut partir; ensuite sont survenus des phénomènes délirants.

SARGNON (de Lyon).

Piqûre d'abeille à la lèvre; mort, par H. KAARSBERG (*Hospitalistidende*, 1904, p. 674).

Un homme de 60 ans, robuste, mourut en cinq minutes, après avoir

reçu quelques piqures d'abeille aux lèvres. L'auteur croit que la frayeur a causé la mort.

BLOCH répond à cet article en disant que le poison peut, par les veines, atteindre le cerveau. Il cite plusieurs cas où des tumeurs (ulcères, furoncles) de la lèvre supérieure amenèrent la mort, et il dit que certains poisons animaux ont une action rapidement mortelle.

MENIER (de Figeac).

Odeurs et troubles cardiaques, par JOAL (*Rev. hebd. de laryngol.*, 29 avril 1905).

Les troubles cardiaques d'origine olfactive sont connus depuis longtemps; les anciens ouvrages mentionnent des cas de ce genre. L'auteur en a réuni une série de quatorze observations personnelles. Ces troubles consistent en céphalée, malaise, faiblesse, sueurs, vertiges, nausées, syncope. Tantôt les phénomènes sont provoqués par les odeurs des fleurs, tantôt par des extraits composés par les parfumeurs, par des essences utilisées par les confiseurs, tantôt par la térébenthine, le vernis, l'acide phénique, le pétrole, le gaz d'éclairage, l'huile et l'asphalte en combustion, etc., en un mot par les senteurs les plus fines et par les exhalaisons les plus fétides. Le développement des symptômes cardiaques tient, avant tout, à la susceptibilité exagérée des centres nerveux bulbaires, à l'hyperexcitabilité particulière des filets de l'olfactif, et aussi à une *grande sensibilité des ramifications nasales du trijumeau*. Aussi doit-on considérer les névroses cardiaques dues aux odeurs comme de simples variétés des névropathies cardiaques d'origine nasale.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Hygiène du goût et de l'odorat, par R. BOTEY (*Arch. lat. de laryng.*, t. I, 1905).

Les centres nerveux réagissent d'une façon très remarquable aux sensations gustatives et aux sensations de l'odorat, car les nerfs qui servent d'intermédiaire vibrent, pour ainsi dire, avec une très particulière intensité. L'hygiène de l'odorat et du goût doit tenir un grand compte des données physiologiques et pathologiques. L'auteur étudie donc le pouvoir diffusible des odeurs et la délicatesse de l'odorat plus sensible sur les réactifs chimiques; il distingue l'olfaction simple de l'olfaction gustative, il examine les sensations olfactives selon leur intensité et leur qualité, par les procédés de Passy, de Zwaardemaker et de Reuter, et, acceptant la classification de Zwaardemaker, il divise les odeurs en éthérées, aromatiques, balsamiques, ambroisiées, alliées, empyreumatiques, valérianiques, narcotiques, etc.

Il traite encore de la gustatométrie, pratiquée avec un gustatromètre de son invention.

Ensuite il fait remarquer que, pour lui, le goût n'est pas un sens véritablement indépendant, mais une annexe de l'odorat, car, enfin, dans certaines pharyngites sèches, avec glossite desquamante, dans

les tumeurs de la base de la langue, il y a exclusivement abolition du goût. L'étude de ces deux sens est au surplus très importante, ainsi que l'auteur le fait remarquer, non seulement en spécialité, mais aussi en pathologie générale. On a observé l'anosmie dans la paralysie générale, le tabès et l'hystérie; l'auteur a constaté l'abolition du goût dans un cas de paralysie générale et la diminution de ce sens chez beaucoup d'hystériques. La rhinite atrophique et les polypes du nez sont — mécaniquement ou par dégénérescence — causes d'anosmie. Les lésions de la corde du tympan, dans les otorrhées et les attico-antrotomies, provoquent des dégénérescences du goût constatables au gustatômètre. Enfin le gustatômètre est très utile pour le diagnostic de quelques hyposmies symptomatiques de rhinite hypertrophique et d'anosmie, signes de rhinite atrophique.

E. BOTELLA (de Madrid).

Joseph Toynbee; esquisse historique, biographique,
par POLITZER (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 8 avril 1905).

Joseph Toynbee naquit en 1815 à Heckington. Il est le fondateur de la science otologique moderne et le créateur de l'anatomie pathologique de l'oreille qui n'existait pas avant lui comme science systématique. Dans le cours de sa vie trop courte (il mourut à l'âge de cinquante et un ans), il publia de nombreux travaux importants qui excitent notre admiration non seulement pour son talent, mais encore pour son travail infatigable et son endurance. Il ne pratiqua pas moins de mille six cent cinquante-neuf dissections anatomo-pathologiques de l'oreille, grâce auxquelles il fit des découvertes d'une valeur inappréciable. Ses travaux sont encore aujourd'hui une mine inépuisable pour tous ceux qui se destinent à l'étude de l'anatomie pathologique. Toynbee ne fut pas seulement un savant, il se signala aussi par ses sentiments humanitaires, et son nom est resté fameux dans les annales de la philanthropie. Il mourut en 1866. Wantant se rendre compte, au moyen de l'épreuve de Valsalva, de l'influence exercée par les vapeurs de chloroforme et d'acide cyanhydrique sur les bourdonnements d'oreille, il succomba, victime de son dévouement à la science.

P. PILLEMENT (de Nancy).

A la mémoire du pr. Louis Jacobson, par BRÜHL, de Berlin
(*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. II, mars 1905).

Le jeudi 26 janvier, le professeur Jacobson est décédé dans sa résidence de Weissensee près de Berlin, d'une affection cardiaque. Sa disparition laisse un vide douloureux parmi les médecins de Berlin et parmi les membres de la Société berlinoise d'otologie.

Né en 1852 à Königsberg, pendant que son père Henri Jacobson y était professeur de physique médicale, Jacobson fit ses études, d'abord dans sa ville natale, puis à Berlin. Il commença l'otologie près de Politzer, à Vienne et, en 1877, fut nommé pour quatre ans assistant du professeur Lucae à la clinique otologique universitaire de Berlin. Entré à l'Université en 1888 comme privat docent, il obtenait en

1897 le titre de professeur. Son œuvre capitale est son *Traité des maladies de l'oreille*, universellement connu; ses connaissances spéciales en physique l'avaient porté de préférence vers les études d'acoustique expérimentale dans lesquelles il fit preuve d'un esprit critique remarquable.

Le souvenir du professeur Jacobson et de ses travaux spéciaux marque une étape importante dans l'étude de l'otologie.

La Société berlinoise d'otologie dont il fut deux fois président, ses nombreux malades et amis conserveront de Jacobson le fidèle souvenir d'un homme bon et d'un médecin bienfaisant.

DELOBEL (de Lille).

Remarques au sujet de ma méthode d'opération sur le bulbe de la jugulaire, par Voss, de Berlin (*Zeitschrift. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. III et IV, avril 1905).

Dans le procédé de Grunert il faut prolonger l'incision cutanée rétro-auriculaire jusqu'à l'abouchement du sinus latéral dans le golfe de la jugulaire et, pour cela, il est nécessaire de faire sauter à la pince-gouge la pointe de l'apophyse mastoïde et d'accéder à la jugulaire à travers la base du crâne.

En suivant la technique préconisée par l'auteur, il est inutile de prolonger l'incision opératoire et de réséquer la pointe de l'apophyse mastoïde : il suffit de creuser l'antre mastoïdien jusqu'à la rencontre du sinus latéral : celui-ci une fois découvert, il suffit de réséquer en arrière de lui, dans sa partie la plus profonde, une lamelle osseuse d'un demi-centimètre pour arriver sur le golfe de la jugulaire.

Cette technique met, beaucoup plus que la précédente, à l'abri des blessures du nerf facial qu'on ne voit même pas au cours de l'opération.

DELOBEL (de Lille).



NOUVELLE

Le Dr J. MÖLLER, collaborateur des *Archives internationales de laryngologie*, vient de publier un petit livre (90 pages, chez Gyldendel) sous le titre : *Catalogue des journaux de médecine étrangers, qu'on trouve dans les bibliothèques publiques et privées de Copenhague*. Le travail fait par Möller est très considérable et très utile aux médecins danois. Il a trouvé 865 journaux de médecine dans la capitale du Danemark. N'ayant pas en mains la brochure de l'auteur, nous ignorons dans quelles proportions les revues et journaux de notre pays figurent sur cette liste.

NOMINATION

M. le Dr Moure, chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie près de la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être nommé professeur-adjoint à la dite Faculté. Nos plus sincères félicitations.

ERRATUM

Différentes sortes d'otites scléreuses (Marage), n° mai-juin.

Pages 747 et 748 :

Le cliché	1	doit être la figure	4.
—	2	— —	1.
—	3	— —	2.
—	4	— —	3.

Les légendes restent en place.

Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes.

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

L'Auto-injecteur et les ampoules Paillard et Ducatte suppriment la seringue, assurent l'asepsie et un dosage rigoureux. *Prix spéciaux aux médecins*. — 17, place de la Madeleine, Paris.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Les *Capsules Dartois* contiennent chacune 5 centigr. de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigr. d'huile de foie de morue. — Dose moyenne : 2 ou 3 à chaque repas contre bronchites, catarrhes, tuberculose, laryngites tuberculeuses. — Toutes pharmacies.

Salicol Dusaule, solution concentrée d'acides salicylique, borique et acétique, aromatisée aux essences de thym et de wintergreen. — Tous usages antiseptiques, gargarismes, pulvérisations, etc.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000°.

Granules de Catillon, ext. titré de strophantus ou strophantine cristallisée.

Glycérine créosotée Catillon, tonique, anticatarrhale remplace huile de foie de morue.

Iodo-thyroïdine Catillon, bien tolérée, très active : goître, obésité, etc.

Cérébrine, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les névralgies faciales, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par-dessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8°).

Le Sulfureux Pouillet, seul approuvé par l'Académie de Médecine, est une préparation économique et instantanée des eaux sulfureuses incolores et de composition constante, s'emploie en boisson et en bains. — Dépôt, pharmacie POMPANON, 86, rue du Bac, et toutes pharmacies.

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

Les *Cigarettes Lafont*, au Globulomenthol, sont souveraines dans les affections du nez, du pharynx, du larynx, des bronches, et assurent la dénicotinisatation.

Phenosalyl Tercinet, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Le Gérant : M. DESBOIS.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE

I

SUR UNE ANOMALIE DU SINUS LATÉRAL

Par **Gherardo FERRERI** (de Rome),

Professeur extraordinaire et Directeur de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université Royale de Rome, médecin auriste consultant de l'Institut Royal des Sourds-Muets et de la Compagnie des Chemins de fer du réseau de la Méditerranée.

A l'exemple du sphinx égyptien, le temporal nous offre beaucoup d'énigmes.

En raison de sa situation et de ses nombreuses communications avec les veines, le sinus latéral est, parmi les sinus crâniens, le plus exposé aux complications purulentes de l'otite moyenne.

Nous voyons communément des anomalies de siège et de volume du sinus latéral qui nous réservent quantité de surprises chirurgicales. On ne peut accorder grand crédit aux assertions des chirurgiens qui déclarent qu'en cas de procidence mastoïdienne le sinus gît dans la profondeur, tandis qu'il est plus superficiel lorsque l'apophyse est plate.

Il n'est aucun otologiste qui ne soit demeuré surpris de la facilité avec laquelle, chez certains individus, le processus oti-

tique septique se diffuse au sinus, tandis que, dans d'autres cas on observe plutôt des complications craniennes, sans aucune lésion du sinus.

Évidemment, les accidents opératoires, de même que les modalités pathogéniques, ne dépendent que des variétés topographiques du sinus en regard de la mastoïde, de l'antre et du méat, et de la diversité des trajets des troncs veineux qui, partant de la caisse, viennent se déverser dans le sinus.

Adoptant la technique indiquée par Politzer, j'ai effectué de nombreuses coupes du temporal, et je suis arrivé à conclure qu'en cas de structure sclérotique et diploétique, la gouttière du sinus est très recourbée et tellement voûtée à l'extérieur et en avant, dans sa portion médiane supérieure, qu'entre cette dernière, d'une part, et la paroi postérieure du méat et la surface externe du processus mastoïdien d'autre part, on rencontre un très mince plancher osseux.

Toutefois, il ne nous a pas semblé facile, dans ces cas, de léser le sinus, en essayant d'aborder l'antre. En général, j'ai remarqué, au contraire, que cet accident pouvait survenir lorsqu'on attaquait la mastoïde proprement dite.

Quant au mécanisme de la genèse des phlébites et périphlébites, à mon avis, son explication est purement mécanique. Il existe entre la mastoïde et le sinus une communication formée par le canalicule osseux dans lequel passe la veine émissaire mastoïdienne.

Si le foramen de ce canalicule n'est pas suffisamment élevé (fig. 1), le pus stagnant dans les cellules mastoïdiennes, sitôt qu'il aura atteint cet orifice, s'écoulera au travers et se canalisera le long du cou pour former les abcès de la nuque; ou bien, glissant le long de la gouttière du sinus, il s'échappera par le trou qui, en ce cas, atteint une dimension au-dessus de la normale (fig. 2) et donnera naissance à des abcès cervicaux profonds. Aussi, en pressant la tuméfaction du trou déchiré postérieur, on peut faire reprendre au pus le chemin déjà parcouru pour qu'il sorte de l'oreille.

Mais si l'orifice du canalicule osseux est élevé (fig. 3) et moins grand que d'habitude, si la suppuration est abondante et la corticale externe très épaisse, le pus, ne trouvant aucune échappatoire, se fraiera un chemin à travers la gouttière, engendrant des périphlébites et des phlébites du sinus.

De plus, le trou déchiré peut être rétréci, et alors le pus, emprisonné dans la gouttière, ne peut aisément sortir et entraîne des inflammations des parois et la thrombose du sinus.

Mon opinion corrobore la conception de De Rossi au sujet

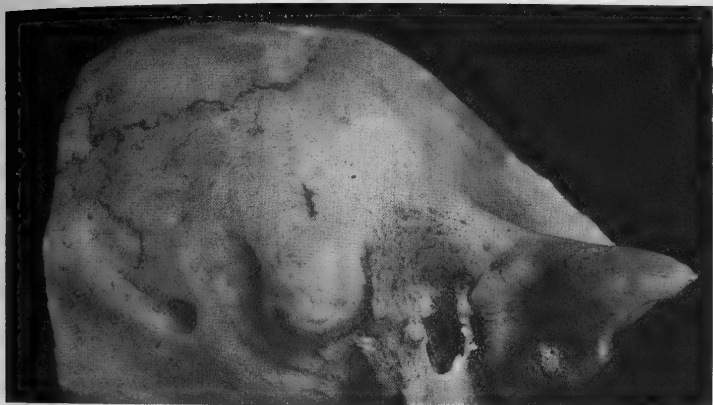


FIG. 1.

de la genèse des abcès sous-duraux, des abcès du cou et des complications otitiques.

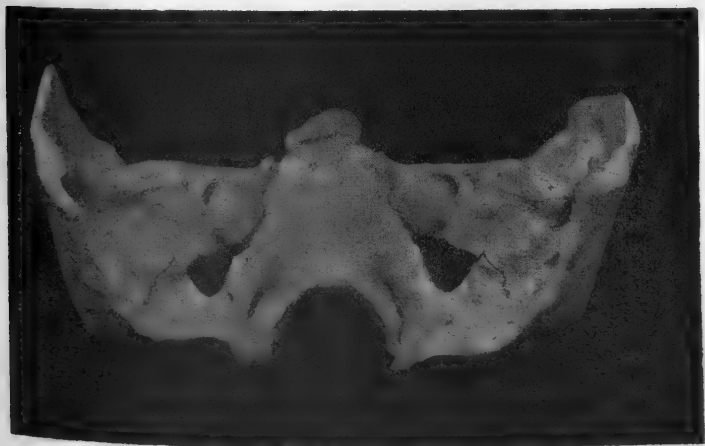


FIG. 2.

Mais si ces faits se vérifient en cas d'otites moyennes suppurrées chroniques chez l'adulte, dans les otites aiguës et surtout

chez les enfants, la diffusion se produit consécutivement aux phlébites des veines qui perforent le tegmen ou la paroi mastoïdienne postérieure (Oppenheimer). En résumé, tandis que dans les otites chroniques le mécanisme serait purement hydraulique, et la périphlébite précéderait la phlébite, dans l'otite aiguë, la diffusion serait basée sur l'embolie, et la phlébite du sinus serait par conséquent primitive¹.

Au cours de la dernière année scolaire, j'ai observé deux cas fort intéressants qui m'ont déterminé à exposer ces considéra-



FIG. 3.

tions sur la genèse des phlébites qui est encore mal élucidée. Je vais en rapporter brièvement les observations.

OBSERVATION I. — J. L..., 35 ans; rien de remarquable au point de vue héréditaire et collatéral. Au sujet de la maladie qui nous occupe, L. rapporte que le 10 novembre 1904, il se refroidit après une course fatigante et fut pris de fièvre et d'une violente otalgie droite avec abaissement de l'audition. La fièvre cessa au bout de trois jours, mais la douleur d'oreille persista avec irradiation mastoïdienne. Depuis cette époque jusqu'au 2 mars 1905, le malade fut en proie à des douleurs mastoïdiennes qui l'empêchèrent de vaquer

1. EMILIO DE ROSSI, Passaggio intracranico della marcia nella carie del temporale (*Atti della R. Accad. medica di Roma*, anno XV, vol. IV, série D).

à ses affaires et le privèrent totalement de sommeil. La myringotomie ne livra passage qu'à quelques gouttes de pus, et lui procura seulement 24 heures de soulagement. La température vespérale dépassait toujours légèrement 37°. Le malade ayant perdu l'appétit déperissait rapidement; à l'examen objectif on voyait un individu très robuste, affaibli par la souffrance; teint terreux.

La région mastoïdienne est très sensible à la palpation de même qu'à la percussion. A l'examen otoscopique, on remarque une légère hyperémie de la membrane qui présente sa courbe normale. L'examen ophtalmoscopique démontre que le fond de l'œil n'est nullement altéré. Le malade se plaint de douleurs mastoïdiennes incessantes; le soir, il a un peu de fièvre. Soupçonnant un foyer central dans l'apophyse, on décide une intervention.

On procède, le 2 mars, à l'opération sous le chloroforme. A peine a-t-on incisé le périoste qui adhérerait fortement à l'os, que l'on voit sourdre 20 ou 30 centimètres cubes de pus d'une déhiscence de la table externe de la mastoïde, de la dimension d'une pièce d'un centime, sise à la limite du temporal et de l'occipital. Après que le pus s'est écoulé par la brèche naturelle, on voit le sinus latéral pulsatile qui fait hernie. On tamponne la plaie et, lorsque trois jours après, on pratique le premier pansement, on se trouve en présence d'une plaie bourgeonnante sans trace de pus. Les suites de l'opération furent très satisfaisantes; au bout de quatre semaines, la cicatrisation était accomplie et l'état général du malade parfait.

OBSERVATION II. — A. E..., 14 ans, n'offre rien de remarquable au point de vue de l'hérédité ni des collatéraux. La malade souffre depuis son enfance d'une otorrhée droite et l'audition est abolie de ce côté. Depuis quinze jours, l'écoulement est plus abondant et le pus fétide. Douleurs mastoïdiennes et dans la moitié correspondante de la tête. Au bout de quelques jours, la région mastoïdienne se tuméfie et la malade est prise d'accès de fièvre précédés de frissons et suivis de transpiration; très anémiée et dans un état de dénutrition profonde, elle entre à la clinique le 8 février.

Sur la région mastoïdienne droite, on découvre une tuméfaction du volume d'un œuf de poule. La peau est tendue, brillante, violacée. En palpant, on observe une fluctuation manifeste. La pression n'est pas très douloureuse. Le conduit auditif livre passage à une quantité abondante de pus crémeux verdâtre, très fétide. Après la sortie du pus, on voit les granulations de la muqueuse de la caisse. L'examen neurologique ne décèle rien de particulier, de même que l'examen ophtalmoscopique. Les fonctions gastrique, respiratoire et circulatoire sont normales. La malade accusant des douleurs mastoïdiennes continuelles, accompagnées de migraine, on se décide à intervenir et, le 8 février, on pratique l'attico-antrectomie. A peine a-t-on incisé les tissus mous que l'on voit sourdre une masse considérable de pus fétide. La table externe de la mastoïde est rongée sur l'étendue d'une pièce d'un centime. La paroi postérieure du conduit auditif est également cariée. Au moyen d'une curette, on retire

une grande quantité de matières caséeuses et de fongosités contenues dans une cavité profonde qui s'est formée aux dépens de l'apophyse mastoïde rongée par la carie. Au fond on aperçoit, sur un court trajet, le sinus transverse couvert de fongosités, non pulsatile. Tamponnement de la plaie. La malade se trouve bien pendant quatre jours à la suite de l'opération; la température ne dépasse pas $37^{\circ}4$, mais, le cinquième jour, survient un frisson avec élévation de la température à $40^{\circ}7$. A partir de ce moment se déclare une septicémie classique qui, en douze jours, emporte la malade. La plaie fut pansée tous les jours et jamais on ne trouva de pus.



FIG. 4.

Autopsie. — Dure-mère légèrement tendue. Le sinus longitudinal est rempli par du sang liquéfié et un gros caillot sanguin. On enlève la dure-mère et, sur sa face interne, en correspondance de l'hémisphère droit, on découvre un exsudat jaunâtre très ténu. Le liquide sous-arachnoïdien des deux hémisphères est également jaunâtre, surtout sur les régions correspondant à la voûte.

Les veines de la pie-mère de l'hémisphère droit sont très gonflées. Le sinus latéral droit est thrombosé, plein de pus. Le thrombus s'étend en haut jusqu'au pressoir d'Hérophile et en bas jusqu'au trou déchiré postérieur. Les poumons sont le siège de nombreux abcès de dimension variable.

Ces deux observations m'ont suggéré quelques réflexions. Le premier cas attire l'attention des praticiens sur les anomalies du sinus qui peuvent se rencontrer lors d'une opération; il se rapproche de la description de Barton H. Potts¹ relative à un cas où le sinus latéral gisait immédiatement au-dessous de la table externe, traversait la mastoïde dans son plan horizontal, puis passait en dessous de l'antre et dans sa partie interne au lieu de demeurer à son niveau.

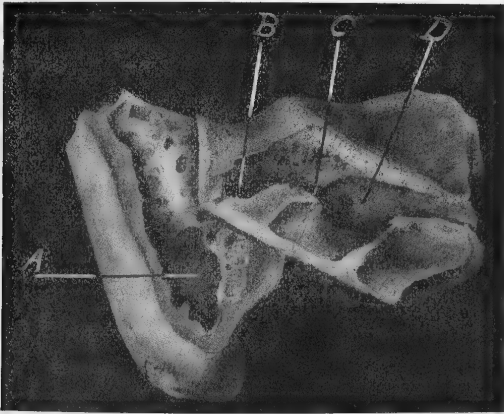


FIG. 5.

La seconde observation est infiniment plus intéressante et plus instructive. Il résulte en effet de l'examen du temporal (fig. 4) qu'on aurait parfaitement pu pousser plus avant la démolition osseuse de l'antre, sans rencontrer le sinus, dont la gouttière avait été rongée par la suppuration dans le trajet correspondant à la mastoïde. Ce fait confirme notre opinion au sujet des anomalies du sinus qui est situé plus à la surface lorsqu'il est lésé.

Cette remarque n'est pas indifférente au point de vue pratique, puisqu'elle fournit une précieuse indication de médecine opératoire (fig. 5), étant donné qu'en présence de symptômes phlébitiques, il faut chercher le sinus de préférence sur la mastoïde et non en arrière de l'antre, le fait de sa lésion faisant suspecter une anomalie.

1. BARTON H. POTTS. Relation of a case of anomalous lateral sinus (*Amer. Journ. of med. Sciences*, vol. CXXVIII, n° 4, octobre 1904).

II

UN CAS DE CARCINOME PRIMITIF CIRCONSCRIT DE LA TRACHÉE¹

Par **Richard HOFFMANN** (de Dresde).

Le malade, âgé de quarante-neuf ans, me consulta pour la première fois en juillet 1903, pour une sensation de corps étranger dans la gorge, existant, d'après lui, depuis un an. Son médecin me l'envoyait parce qu'ailleurs on avait constaté une tumeur du larynx. En dehors d'une rhinite avec sécrétion et d'un kyste rempli de pus à la voûte pharyngienne, je ne trouvai rien ni au larynx, ni à la trachée.

Je ne revis le malade qu'en avril 1904; il se plaignait toujours des mêmes symptômes. Je constatai alors la présence d'une tumeur rouge-framboise, à surface papillaire, située à la partie supérieure de la trachée. Deux jours plus tard on ne la voyait plus; mais elle se montra de nouveau à l'une des visites suivantes. Le malade refuse toute intervention.

Le 20 septembre, sur les instances de son médecin, il revient me voir. Depuis quatre semaines environ, il souffre de dyspnée et est atteint d'une toux rauque. La dyspnée est surtout marquée quand il marche vite ou monte les escaliers; elle est constante, mais à un faible degré.

Le malade est de taille moyenne, en assez bon état de nutrition; mais les deux jambes sont amputées.

A l'examen objectif, pas de bruit de respiration quand celle-ci est naturelle; il y a un bruit de sténose quand la respiration est forcée, il est plus marqué à l'inspiration. La compression de la trachée, soit sur la face antérieure, soit sur les faces latérales, augmente la dyspnée et le bruit de sténose. L'auscultation de la trachée pendant l'inspiration indique une diminution du murmure vésiculaire. Pas de modifications aux poumons. Voix normale.

Au laryngoscope, rien au larynx; on voit dans la trachée, à environ 2 centimètres au-dessous des cordes, une tumeur ayant presque le volume d'une cerise, rouge, à surface papillaire. Le malade consent à l'opération.

Le 27 septembre, il entre dans ma clinique. J'avais l'intention après

1. Communication faite au XII^e Congrès des laryngologistes du sud de l'Allemagne, le 12 juin 1905.

trachéotomie inférieure, d'inciser la trachée et d'enlever la tumeur par cette voie. Pouls 112; respiration 16. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 28, opération. Narcose au début très calme, sans incidents. Pouls 80; respiration 18. La narcose étant encore peu profonde, je pratique l'incision cutanée; tout à coup, cyanose, respiration irrégulière; on sent encore le pouls; on pratique la respiration artificielle, on fait des injections de camphre; on applique le courant d'induction; massage du cœur. Pas de résultat. Mort.

Procès-verbal d'autopsie :

Diagnostic nécropsique : carcinome de la trachée; goitre. Compression latérale de la trachée; persistance du thymus. Dégénérescence graisseuse du cœur, trou de Botal ouvert. Stase veineuse aiguë surtout aux poumons. Mort par asphyxie.

Corps de taille moyenne, en bon état de nutrition.

Peau blanche avec un assez grand nombre de taches cadavériques aux parties déclives. Tissu adipeux assez jaune.

Muscles en état de rigidité cadavérique, couleur rouge ordinaire.

Au-dessous du larynx, plaie opératoire médiane, récente, suturée, allant jusqu'à la fossette sus-sternale. Elle n'atteint que le tissu cellulaire sous-cutané.

Jambe gauche amputée au tiers inférieur, pied droit a subi l'amputation de Chopart; les cicatrices sont blanches et sans réaction aucune.

Thorax. Diaphragme à droite à la hauteur du quatrième et à gauche à la hauteur du cinquième espace intercostal.

Poumon gauche complètement adhérent; poumon droit libre. A droite, traces de liquide clair.

Plèvre médiastine légèrement hyperhémiee.

Le thymus existe : il est rose, aplati, s'étend en haut jusqu'au corps thyroïde et en bas jusqu'au deuxième espace intercostal. Dimensions 10 cent. 75 sur 5 cent. 5.

Plèvre : lisse et luisante à droite.

Péricarde : lisse, luisant, contient un liquide jaunâtre peu limpide. Épicarde luisant, très adipeux. Sur le ventricule droit, la musculature est remplacée par du tissu graisseux, sauf sur un trajet peu étendu.

Cœur : grosseur moyenne, musculature flasque, rouge jaunâtre. Dans la paroi postérieure du ventricule droit, un foyer mal limité, rouge, légèrement enfoncé, ayant les dimensions d'un grain de raisin. Les cavités sont peu dilatées et contiennent du sang liquide, de couleur foncée. Endocarde mince et lisse. Le trou de Botal n'est fermé qu'imparfaitement (occlusion par une valvule).

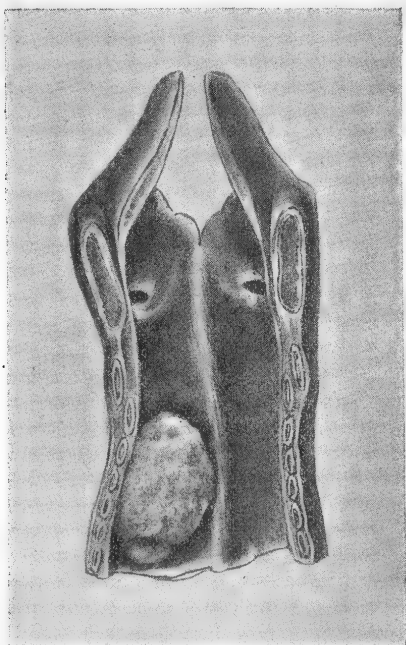
Valvules et vaisseaux coronaires : mobiles, minces. L'artère coronaire postérieure est légèrement rétrécie par de l'athèrome à son ouverture.

Gros vaisseaux : flasques, parois lisses.

Cavité buccale : glandes très développées.

OEsophage : épithélium présentant un épaissement diffus, très ramolli, muqueuse rouge par vascularisation due à des veinules.

Corps thyroïde hypertrophié des deux côtés, surtout dans la moitié postérieure, de sorte qu'il embrasse presque toute la trachée et vient s'appliquer, en s'aplatissant, sur les deux côtés de la colonne vertébrale. Ses plus grandes dimensions sont : longueur 8 centimètres, largeur 2 cent. $1/4$ (chaque lobe), épaisseur : 3 centimètres. L'isthme n'est pas hypertrophié. Le tissu glandulaire est bien conservé, à l'exception d'un nodule ayant presque la dimension



d'une noix et siégeant au pôle inférieur du lobe droit ; il est par endroits d'un blanc pur, par ailleurs, il a une coloration rose sale ou rouge-sang.

Muqueuse du larynx blanche, lisse. La trachée a subi une légère déviation vers la droite et un aplatissement latéral.

Après incision antérieure, *in situ*, on voit une tumeur ayant le volume d'une noix, presque blanche, à petites bosselures, et qui, par une base large siège sur la paroi latérale droite. Elle va du premier au quatrième cartilage de la trachée et remplit presque complètement cette dernière. A l'extrémité inférieure de la base, la tumeur envoie un prolongement du volume d'une lentille, blanc, dans la

muqueuse de la trachée. Celle-ci est en général moyennement rouge, lisse, revêtue d'une écume jaunâtre, tandis que la surface de la tumeur est recouverte d'une mince couche de pus.

Poumons : poumon droit volumineux, plèvre lisse, luisante, tissu rouge sombre, imbibé, très riche en sang, contenant de l'air ; poumon gauche semblable au droit ; sauf qu'il contient plus de sang et se déchire plus facilement. Ganglions bronchiques hypertrophiés, noirs.

Ganglions cervicaux non hypertrophiés.

Cavité abdominale : rien d'anormal ; péritoine lisse et luisant. Rate : légèrement hypertrophiée : consistance moyenne. Surface d'incision lisse, rouge, avec des taches rouge sombre ; pulpe facilement détachable.

Capsules surrénales bien délimitées, consistantes. Rein gauche : volume ordinaire, élastique ; la capsule s'enlève facilement. Surface lisse, rouge sombre. Surface de coupe rouge sombre, bien pourvue de sang, aspect normal ; sur les deux, on voit quelques légères extravasations sanguines.

Rein droit semblable au gauche. Il y a seulement sur la face antérieure un nodule néoplasique mou, bien délimité, ayant la dimension d'une noix. Il est blanc, avec à sa surface, des nuances brunâtres ; il est accompagné d'un nodule plus petit de même nature.

Vessie : dimensions moyennes ; muqueuse ; coloration rouge due à des veinules.

Estomac : la muqueuse très ramollie présente de nombreuses petites extravasations sanguines.

Foie : dimensions moyennes, surface externe lisse. Surface de coupe lisse, rouge pâle ou rouge brun, contours très effacés ; il y a un peu plus de sang qu'à l'ordinaire.

Organes des sens : dans la conjonctive de l'œil gauche, une petite extravasation sanguine diffuse.

L'examen microscopique de la tumeur nous apprend que nous avons affaire à un carcinome composé de cellules cylindriques aplaties et en majeure partie de petites cellules cubiques ; à la surface, cette tumeur porte un épithélium cylindrique assez élevé. Les modifications du corps thyroïde, dans le nodule du pôle inférieur du lobe droit, consistent surtout dans la dégénérescence hyaline. Dans le rein, il y avait une grave inflammation du parenchyme ; les nodules blancs qui y existaient et qui, malheureusement, étaient déjà dégénérés, étaient des adénomes.

La mort a été causée par l'asphyxie.

Comme l'a démontré l'autopsie, il s'agissait d'une tumeur assez volumineuse qui remplissait presque toute la trachée et s'étendait du premier au quatrième anneau. La trachée était en outre rétrécie et aplatie latéralement par une hypertrophie du corps thyroïde et surtout de la moitié postérieure, de sorte que cette

glande embrassait presque entièrement la trachée et venait s'appliquer contre la colonne vertébrale des deux côtés.

Dans ces conditions, on comprend facilement qu'une légère augmentation de volume du corps thyroïde, telle que celle qui est favorisée par la stase veineuse lors de la position prise dans la trachéotomie, a rendu la trachée absolument imperméable au passage de l'air. Nous ne pouvions pas diagnostiquer l'augmentation de volume de la trachée; sans cela nous y aurions accordé une attention particulière. Malgré tout, nos tentatives pour ranimer le malade auraient été couronnées de succès, si le cœur n'avait pas été frappé de dégénérescence.

Il ne nous semblait pas prudent, étant donné l'état d'excitation du malade, de faire l'opération à l'aide de l'anesthésie locale. L'opération ainsi pratiquée aurait présenté pas mal de difficultés que l'existence du thymus, s'étendant en haut jusqu'au corps thyroïde, n'était pas faite pour diminuer.

Au point de vue microscopique, la tumeur est un carcinome à épithélium cylindrique; son point de départ se trouve dans les glandes à mucus de la trachée, comme cela a été déjà observé.

Comme nous l'avons dit, la tumeur siégeait à la partie supérieure et sur la paroi latérale de la trachée.

Les carcinomes de la trachée (von Bruns, *Tumoren der Trachea*; P. Heymanns, *Handbuch für Laryngologie*) siègent le plus souvent à la partie supérieure ou bien immédiatement au-dessus de la bifurcation, alors que le tiers moyen est rarement atteint. Ils se localisent le plus souvent soit à la paroi postérieure seule, membraneuse et abondamment pourvue de glandes, soit en même temps à une des parois latérales, alors que, habituellement, la paroi antérieure est épargnée. Donc, en règle générale, il n'y a pas de tendance à l'extension annulaire. Dans notre cas, où la tumeur, d'après l'examen clinique, existait depuis un an, la forme annulaire n'existait pas; le carcinome se propageait bien plutôt vers le bas.

Quant à la forme de la tumeur, nous pouvons dire qu'elle siégeait sur la trachée par une large base. D'après l'observation clinique, il n'est pas invraisemblable qu'à un moment donné, la tumeur ait eu un pédicule.

Les métastases dans les ganglions et dans les autres régions du corps étaient complètement absentes; d'ailleurs on les observe rarement dans les carcinomes de la trachée. En tout cas, le carcinome peut rester longtemps localisé à la trachée, ce qui est d'une importance capitale pour le traitement. Habituellement,

l'affection ne va pas jusqu'à la cachexie cancéreuse, parce que le malade meurt le plus souvent d'asphyxie avant qu'elle apparaisse.

Pour ce qui concerne les symptômes, on a vu que le malade n'avait éprouvé d'abord que la sensation de corps étranger et que ce n'est que quatre semaines avant son entrée à la clinique qu'il avait eu de la dyspnée. D'après ce que nous dirent les parents du malade, la dyspnée existait depuis plus longtemps. Le patient, qui redoutait l'opération, avait gardé le silence sur ce symptôme. Les troubles provoqués avaient augmenté dans les dernières semaines.

La dyspnée était une dyspnée d'inspiration.

Mentionnons le ralentissement de la respiration par rapport au pouls dans la proportion de 1 pour 7, ce qui est regardé comme caractéristique des sténoses trachéales.

Nous n'avons pas pu constater une flexion de la tête en avant qui, d'après Gerhardt, est symptomatique des sténoses de la trachée: le malade tenait plutôt la tête inclinée en arrière. De même nous n'avons pas remarqué l'abaissement du larynx à l'inspiration (Gerhardt).

Parmi les tumeurs malignes de la trachée, c'est le carcinome qui prédomine; de sorte que pour quatorze sarcomes il y a trente et un carcinomes.

Si l'on compare le nombre des tumeurs malignes de la trachée à celui des tumeurs malignes du larynx, on trouve quarante-cinq tumeurs trachéales contre mille cinq cent cinquante laryngées, d'après la statistique si connue de Semon pour le larynx, qui va de 1862 à 1888. Avec ces tumeurs malignes de la trachée et du larynx, on peut mettre en parallèle cent deux et dix mille sept cent quarante-sept tumeurs bénignes qui font partie d'un ensemble de cent quarante-sept tumeurs trachéales et douze mille deux cent quatre-vingt-dix-sept tumeurs du larynx.

Donc, les tumeurs malignes de la trachée forment $\frac{1}{3}$ et celles du larynx $\frac{1}{8}$ du nombre total des néoplasmes.

Les tumeurs de la trachée éveillent plutôt que celles du larynx le soupçon de malignité.

Les tumeurs trachéales, comme l'ont montré les lignes précédentes, sont donc des cas rares.

Disons encore que Moritz Schmidt (*Oberer Luftwege*, 2^e édit., p. 587), sur quarante-deux mille six cent trente-cinq cas de maladies des voies aériennes supérieures a observé deux mille quatre-vingt-huit néoplasmes, dont sept cent quarante-huit dans le larynx et trois dans la trachée (deux carcinomes et un enchondrome).

Les motifs pour lesquels les tumeurs de la trachée sont rares sont, d'après von Bruns, les suivants : la trachée est un simple canal lisse, qui sert surtout à la fonction passive du passage de l'air, alors que le larynx a une structure plus compliquée et que ses parties sont toujours en mouvement ; de plus, la trachée est plus à l'abri que le larynx des irritations fonctionnelles et des agents nuisibles venus du dehors. C'est aussi la cause de la rareté relative de la trachéite primitive, ainsi que l'a démontré von Schrötter (*Vorlesungen über Krankheiten der Luftröhre*, 1896).

Des divers segments de la trachée, c'est le segment moyen qui est le plus à l'abri ; c'est ce qui explique la rareté des tumeurs en cet endroit, alors que la majorité se localise au segment supérieur et une fraction plus petite au segment inférieur.

La littérature du cancer primitif de la trachée est réunie, jusqu'à l'année 1898, dans le travail ci-dessus cité de von Bruns, qui fait partie du *Handbuch für Laryngologie*. Je renvoie le lecteur à cet ouvrage pour les détails que je n'ai pas mentionnés plus haut.

Aux trente et un cas de von Bruns, je puis encore en ajouter deux que j'ai recueillis dans des publications récentes.

La première observation est celle de F. Boschi (Società medico-chirurgica di Bologna, 22 décembre 1900. Analysé dans le *Centralblatt* de Semon, 1900, p. 306).

Un homme de soixante ans souffrait depuis dix ans de crachotements de sang, qui, dans les deux dernières années se transformèrent en crachements de sang avec toux. Les symptômes de sténose trachéale firent leur apparition ; la mort survint enfin au cours d'une broncho-pneumonie. L'autopsie montra une tumeur de la partie inférieure de la trachée, commençant juste au-dessus de la bifurcation, et s'étendant en haut sur un trajet de 5 centimètres ; la lumière était tellement rétrécie qu'à l'endroit le plus étroit il n'y avait plus qu'un espace libre de 7 millimètres de diamètre. La tumeur avait contracté des adhérences avec la paroi postérieure de l'aorte ascendante et la crosse de l'aorte.

L'examen histologique montra que c'était un cancer à épithélium cylindrique qui avait sans doute pris naissance dans l'épithélium de la trachée et dans celui des conduits excréteurs de glandes à mucus.

Le deuxième cas est celui de Schmiegelow (Société oto-laryngologique danoise, 19 octobre 1901, rapporté dans le *Centralblatt*, 1903, p. 44).

Il s'agit d'une tumeur de la trachée chez une femme de cinquante-quatre ans. L'affection s'était développée sans cause connue chez

cette malade qui était, pour le reste, en excellente santé. On pratiqua la trachéotomie immédiatement. La tumeur avait une base large et siégeait sur la partie supérieure de la paroi postérieure de la trachée. La surface était lisse, non ulcérée. Voix et larynx en état normal. Pas de troubles de déglutition. On traita la malade par le mercure et l'iodure de potassium et comme, au bout de quinze jours, il n'y avait pas d'amélioration, SCHMIEGELOW se décida à enlever la tumeur par la trachéo-fissure; la tumeur était un carcinome alvéolaire typique et ce cas sera publié avec tous les détails.

(Traduction par MENIER, de Figeac.)

III

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUMEURS MALIGNES DU NASO-PHARYNX

Par **C. COMPAIRED** (de Madrid).

J'ignore pourquoi la chance me donna l'occasion d'observer de nombreux cas de *tumeurs malignes du naso-pharynx*; mais il est certain que, outre ceux que j'ai déjà publiés ¹, je possède également les cas que je vous exposerai dans ce travail.

Je dis que le hasard m'a favorisé parce que les observations des néoplasies malignes de la cavité naso-pharyngienne ne sont pas fréquentes, ainsi que le démontre le Dr Laval, dans un consciencieux travail publié dans les *Archiv. intern. de laryngol. et d'otol.*, n° de janvier-février de cette année, sous le titre de *Tumeurs malignes du naso-pharynx*. Je ne les crois pas aussi rares que l'affirment Van Leyden, Moritz Schmidt et Montbuyon; de même il me semble injuste de leur attribuer aussi peu d'importance que le font dans leurs traités respectifs les Drs Mikulicz, Escat, Moure et autres.

Donc, à titre de contribution à leur étude, je vais publier les différents cas inédits que j'ai eu l'occasion d'observer, ainsi que les réflexions cliniques qu'ils m'ont permis de faire.

OBSERVATION I. — Le 17 mai 1889, je fus appelé pour visiter M^{me} C., âgée de 36 ans, habitant Madrid, qui vingt jours avant avait contracté un refroidissement grippal. Depuis lors, elle fit les remarques suivantes : difficulté pour avaler, qui augmenta de jour en jour, voix fortement nasillarde, la respiration par les fosses nasales est difficile surtout par la gauche; douleur dans les deux oreilles, mais plus manifeste dans celle de gauche; étourdissements dans la tête; surdité avec des bruits très ennuyeux.

Aucun autre antécédent.

Dans la gorge, l'on ne remarquait que des symptômes d'angine, dans les fosses nasales, une congestion de la muqueuse et obstruction de la portion choanale par une espèce d'infiltration œdémateuse, plutôt que par une hypertrophie de la muqueuse. Les conduits auditifs externes présentent les caractères objectifs d'une otite infectieuse plus typique du côté gauche.

1. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1903. — *El Siglo medico*, años 1898, 1901, 1903.

J'ordonnai des remèdes afin de combattre ce dont je croyais qu'il s'agissait : soit d'une angine grippale prolongée et d'une otite double aiguë de même origine. Je n'obtins aucune amélioration, au contraire toute la symptomatologie locale, nasale et naso-pharyngienne alla en augmentant jusqu'à ce qu'après un certain nombre de jours, il me fut impossible de pratiquer le toucher rétro-nasal, étant donné que la rhinoscopie postérieure m'avait été impossible chaque fois que je l'essayai. Ce fut alors que je pus apprécier une légère augmentation de volume dans le voile palatin et derrière le pilier postérieur gauche.

Le toucher me permit de reconnaître l'existence d'une tumeur diffuse, lisse et dure, qui remplissait toute la cavité naso-pharyngienne.

Il n'existait aucun point limité.

DIAGNOSTIC. — Ma première impression fut qu'il s'agissait d'un *sarcome rétro-nasal*, vu qu'il n'existait aucun antécédent syphilitique. D'autre part, la tumeur suivait une marche si rapide et augmentait tellement, qu'elle était inopérable. La malade se refusa à ce que je lui fisse l'extirpation d'un morceau de la tumeur, afin de faire l'analyse histologique.

Elle mourut un mois après.

OBSERVATION II. — Manuel Diaz de M. (Lugo), 49 ans, célibataire, employé de commerce, entra à la clinique le 2 juin 1897.

Tumeur sur le côté gauche du naso-pharynx, faisant proéminence sur le voile palatin, rendant difficile la respiration nasale correspondante. Indolente, parfaitement régulière, quelque peu indurée. Existence depuis trois mois, selon ce qu'indique le malade qui l'attribue à de fréquentes angines.

DIAGNOSTIC. — *Sarcome naso-pharyngien latéral gauche*. — Ayant dit au malade de revenir afin d'extirper un petit morceau pour le soumettre à l'examen histologique, il ne revint plus à la clinique.

OBSERVATION III. — Don Thomas I., 36 ans, de Valence. Je le vis pour la première fois le 3 octobre 1897. Aucun antécédent.

Il se rappelle qu'à l'âge de 24 ans, il commença à sentir une obstruction dans le conduit nasal droit, motivée par un polype, qui se reproduisait rapidement à la suite des différentes opérations qui furent pratiquées dans l'espace de trois mois. Après chaque acte opératoire se présentaient d'abondantes hémorragies, qui se répétaient quelquefois plusieurs jours après l'opération, à la suite de laquelle on le cautérisait au nitrate d'argent.

Quelque temps plus tard, il ressentit une sensation de gêne dans la gorge qui ne le faisait pas souffrir, mais qui rendait difficile la déglutition et la prononciation. En même temps que l'augmentation de volume de la tumeur, il constata un gonflement et une gêne dans la joue correspondante, ainsi que de la propulsion dans l'œil droit. La fosse nasale droite était énormément dilatée par une tumeur rouge, mamelonnée, dure, qui l'emplissait complètement. La cavité naso-pharyngienne était également comblée par la tumeur qui

repoussait tout le voile palatin et s'étendait dans tout le pharynx, presque jusqu'à l'épiglotte.

Je fis l'éclairage par transparence du sinus maxillaire et frontal droit dans lequel je constatai une opacité absolue.

DIAGNOSTIC. — *Fibro-sarcome naso-pharyngien sinusal, primitivement nasal*. L'examen histologique confirma le diagnostic. Le malade refusa l'opération que je lui proposai, car je ne lui assurais point la guérison, ni la non reproduction de la tumeur.

Je n'entendis plus parler du malade.

OBSERVATION IV. — Amélie S., 25 ans, mariée, chemisière de la maison « El Molar », de Madrid, entra à la clinique le 19 juin 1898.

DIAGNOSTIC. — *Sarcome ulcéré* de la cavité naso-pharyngienne, côté droit, envahissant jusqu'au repli glosso-épiglottique et le plancher de la bouche du côté correspondant. Existence de la tumeur depuis sept mois, cause ignorée, aucune hémorragie. Engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et cervical du même côté. Aucun antécédent syphilitique. Impossibilité presque complète d'avaler. Grande démarcation. Inopérable. N'ai plus revu la malade.

OBSERVATION V. — Carmen Martinez de C. (Valence), 48 ans, domestique, se présente à la clinique le 28 février 1899, disant que depuis un peu plus d'un mois, la respiration par les fosses nasales lui était impossible. La voix est nasillarde, elle a des bruits dans les oreilles, ainsi qu'un peu de surdité dans la droite et également de la difficulté pour avaler. La malade dit que la maladie commença par une des nombreuses et fréquentes angines dont elle a coutume de souffrir. Elle a des quintes de toux réflexes. A l'examen de la chambre postérieure de la bouche, l'on aperçoit une grosse tumeur dans la cavité naso-pharyngienne qui commence à la portion inférieure du pilier postérieur droit, le remontant par derrière en le repoussant en avant, ainsi que la moitié du pharynx et du voile correspondant, arrivant jusqu'à la ligne moyenne.

DIAGNOSTIC. — Au toucher, l'on remarque une dureté égale sur toute la surface. Je diagnostiquai un *sarcome*.

Le 23 mars, je remarquai quelques points de fusion disséminés, en même temps qu'il se présentait des douleurs qui irradiaient jusqu'à l'œil et la joue correspondants, empêchant le sommeil, rendant l'alimentation difficile, ce qui amena la malade à me demander avec insistance à être opérée.

J'accédai à ses désirs, et après avoir disséqué la muqueuse pharyngienne autant que je le pus, j'extirpai par gros morceaux, autant de tumeur qu'il me fut possible. Je raclai ensuite énergiquement toute la caverne et la cautérisai avec le chlorure de zinc à 20 %.

A la suite de cette intervention, l'état de la malade s'améliora notablement, les douleurs étaient moins fortes, elle respirait mieux, et l'alimentation se faisait avec plus de facilité. Les jours suivants, je cautérisai profondément au galvano-cautère tous les points d'implantation de la tumeur jusqu'à ce que celle-ci me parût complètement guérie.

Vers le milieu de juin, je donnai l'exeat à ma malade en lui recommandant de venir me voir au moindre accident, et que de toute façon je désirais l'examiner au commencement du nouveau cours.

Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

L'analyse histologique d'un des morceaux de la tumeur extirpée, faite par le Dr Romero Otal, donna le résultat suivant : « C'est un tissu homogène, composé de cellules à noyau rond et grand, il y a peu de substance intercellulaire, avec de rares vaisseaux à l'état très embryonnaire. Le tissu est limité par une enveloppe de même nature; mais avec des cellules fusiformes résultant de la pression exercée par les unes sur les autres; c'est donc un tissu embryonnaire globo-cellulaire. *Sarcome globo-cellulaire.* »

OBSERVATION VI. — Nieves S., 16 ans, de Venezuela (Madrid), domestique, entra à la clinique le 21 avril 1899.

Elle raconte que depuis plus d'un mois, elle ressent un gonflement dans toute la partie haute de la gorge, qui la gêne pour respirer, mais qui ne produit aucun trouble, ni pour parler, ni pour avaler. Trois jours avant de se présenter à la clinique, elle a noté des phénomènes semblables à ceux de l'angine, seulement douloureux pour parler et pour avaler. Ces troubles se limitent à la tumeur.

La malade ouvre la bouche avec difficulté, la voix est nasillarde et l'haleine fétide.

DIAGNOSTIC. — Malgré les antécédents mentionnés par la malade, et l'existence de la tumeur dans la partie supérieure du pharynx oral, à travers la petite ouverture que permettait la bouche, nous pûmes apprécier à première vue une grosseur qui avait l'aspect d'une amygdalite parenchymateuse, phlegmoneuse postérieure de Brindel ou phlegmon latéro-pharyngien.

Le même jour, après cocaïnisation, j'ouvris la tumeur, de laquelle il ne sortit que du sang, ce qui prouva mon erreur de diagnostic. Les jours suivants, j'examinai la tumeur avec plus d'attention, ce qui me permit de diagnostiquer un *sarcome du naso-pharynx*, avec complication d'angine.

Je remis un morceau que j'avais extirpé au Dr Cajal, qui le 8 mai me répondit dans ce sens : « J'ai fait des sections très fines du spécimen remis que j'ai soumis à l'analyse microscopique après avoir pratiqué les opérations techniques nécessaires. J'ai remarqué des éléments embryonnaires de forme arrondie avec un grand noyau, une petite quantité de protoplasma formant de grandes accumulations, parmi lesquelles l'on trouve des vaisseaux et quelques formations épithéliales plus ou moins lobulées. Étant donné la grande prolifération des premiers et leur structure, je considère le produit remis comme un *sarcome à cellules arrondies.* »

Comme l'incision faite pour l'angine restait toujours béante, et malgré ma manière de penser dans tel cas, je décidai de faire l'opération par les voies naturelles. Au moyen des pinces et des cuillères coupantes, j'extirpai tout ce que je pus de la néoplasie et du tissu sain.

L'effet immédiat fut une grande amélioration.

Pendant que s'effectuait la cicatrisation, je touchai au galvano-cautère tous les tissus suspects.

Un mois après avoir été opérée, la malade sortit de la clinique apparemment guérie. Je dis apparemment, parce que je ne me fie jamais à la guérison complète et réelle des néoplasies naso-pharyngiennes de ce genre (soit sarcome, soit épithéliome).

Je ne revis plus ma malade.

OBSERVATION VII. — Maria del Carmen N., 41 ans, de Ablanque (Guadalajara) se présenta à la clinique le 29 mars 1899.

Tumeur qui s'étendait dans tout le pharynx postérieur, région centrale, repoussant légèrement la luette en avant, mais laissant un espace libre sur chacun des côtés en communication avec les fosses nasales postérieures. Date de la maladie : trois mois. Cause ignorée.

Peu de gêne pour avaler, légère difficulté dans la respiration par les narines. Aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression, par laquelle on apprécie un léger ramollissement, mais sans caractère de fluctuation. Bien que la tumeur ne présentât aucun caractère, ni le moindre antécédent d'abcès naso-pharyngien, je fis une ponction suivie d'un ample débridement, sans aucune sortie de pus. Petite hémorragie. Profitant de l'anesthésie locale à laquelle ma malade était soumise, j'extirpai un morceau de la tumeur, afin de faire l'analyse histologique.

Pas d'antécédents syphilitiques.

DIAGNOSTIC. — *Lympho-sarcome. ? Gomme* — J'instituai le traitement d'épreuve antisyphilitique. Localement, j'usai des antiseptiques et touchai la tumeur avec une solution d'iode iodurée.

Je ne revis plus la malade.

L'analyse histologique faite le 1^{er} juin par le Dr Romero Otal assura qu'il s'agissait d'un lymphosarcome.

OBSERVATION VIII. — Carlos L., 20 ans, sculpteur, célibataire, de Huesca, entra à la clinique le 1^{er} mars 1900.

Il dit souffrir d'obstruction de la fosse nasale gauche depuis de longues années, sans ressentir aucune douleur, et ceci à tel point qu'il fut opéré d'un kyste (?) de la fosse nasale gauche, à Almeria ; résultat : amélioration pendant quelque temps (ne spécifie pas). Les gênes d'obstruction intra-nasale et de plénitude qu'il ressentait auparavant, se manifestèrent à nouveau, mais cette fois arrivant jusqu'à la gorge, tout en n'altérant pas pour cela la déglutition. Il n'a eu aucune rhinorrhagie.

Rhinoscopie antérieure. — Elle nous confirme la présence d'une tumeur rouge, mamelonnée, dure au toucher et au stylet, sans douleur, qui obstrue et remplit complètement toutes les anfractuosités de la fosse nasale, cachant toutes les parties qui les constituent, soit en les détruisant ou en les atrophiant par son évolution ascendante. Il n'y a pas de pus.

Rhinoscopie postérieure. — La tumeur semble implantée dans la

choane et dans la partie supérieure du pavillon tubaire, mais sans avoir une grande base d'implantation. Cependant, elle emplit assez la cavité naso-pharyngienne. Au toucher digital, l'on apprécie les mêmes caractères que ceux décrits pour les fosses nasales. Il semble que la tumeur intra-nasale est un prolongement de la tumeur naso-pharyngienne.

L'examen par transparence nous montre l'opacité du sinus maxillaire correspondant.

DIAGNOSTIC. — Les antécédents, l'âge du malade, les caractères objectifs et subjectifs nous firent diagnostiquer la tumeur comme étant un *fibrome avec prolongement intra-nasal*.

J'extirpai un morceau de la partie qui occupait la fosse nasale, au moyen de l'anse galvanique ; je l'envoyai au Laboratoire histologique qui me communiqua que, d'après l'examen, il s'agissait d'un *fibrosarcome à cellules arrondies*.

Je fis l'opération le 8 du même mois à l'aide d'une incision, en suivant le sillon naso-génien comme pour la résection du maxillaire supérieur (procédé de Demarquay). Je levai complètement l'aile du nez et fis un lambeau ostéo-périostique qui comprenait l'os propre du nez et la portion ascendante du maxillaire, après l'avoir fracturé dans ses deux anfractuosités, la partie supérieure de l'articulation du frontal et la partie inférieure de l'union avec le corps du maxillaire. De cette façon, j'obtins un ample espace pour attaquer la tumeur jusque dans la cavité naso-pharyngienne.

Utilisant l'anse froide, les pinces coupantes et les ciseaux, j'arrivai à pénétrer jusqu'au naso-pharynx, extirpant non seulement toute la tumeur, mais également les restes du cornet et de la portion ethmoïdale envahie par la néoplasie. Il resta une grande cavité que j'emplis de gaze après m'être assuré qu'il n'y avait aucune hémorragie. Durant l'acte opératoire, celle-ci qui avait été très abondante, fut arrêtée au moyen de tampons de gaze aseptique et avec d'énergiques applications du thermo-cautère.

Le 20 avril, le malade sortit guéri de la maison de « Notre-Dame du Rosaire ». Comme aux précédents, je lui demandai de revenir pour le cours suivant.

Dernièrement, j'ai appris que la guérison persistait.

OBSERVATION IX. — Josefa S., 38 ans, mariée, de Jumilla (Murcia), entra à la clinique le 7 avril 1900.

Il y a trois mois, elle ressentit des gênes dans le côté gauche de la gorge, accompagnées de difficultés pour la respiration nasale du côté correspondant. Aucune douleur, ni obstacle gênant la déglutition. Bruits et légère surdité de l'oreille gauche.

Tumeur dure, uniforme, indolente, située sur toute l'extension latérale gauche de la cavité naso-pharyngienne, englobant la choane et le pavillon tubaire, repoussant le voile du palais et s'étendant jusqu'à envahir un peu les gencives situées du même côté. Absence de ganglions engorgés.

Inutilité du traitement spécifique que j'avais ordonné à titre d'essai, même sans antécédents individuels, ni héréditaires.

DIAGNOSTIC. — *Sarcome diffus des régions citées.* — Je fis l'opération par la voie externe dans la maison de santé de « Notre-Dame du Rosaire ». Reproduction de la tumeur un mois après. Mort, 21 jours après la réapparition.

L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'un *sarcome fusocellulaire*.

OBSERVATION X. — Estefania Gimenez, de P. (Avila), 33 ans, veuve. Entre à ma clinique le 14 avril 1900.

Se plaint de ressentir une gêne à la respiration par la fosse nasale gauche, de laquelle sort un liquide qui, au début, avait une teinte jaune et qui est maintenant muco-purulent, épais.

Au moyen de la rhinoscopie antérieure, l'on apprécie une obstruction complète de la fosse nasale, produite par une tumeur diffuse englobant le cornet inférieur, d'où l'on voit couler par le méat moyen, à peine perméable, du pus crémeux et fétide en petite quantité.

La rhinoscopie postérieure et le toucher nous indiquent que la tumeur descend un peu pédiculée, depuis la choane correspondante en pleine cavité naso-pharyngienne, mais sans paraître l'envahir.

En échange, il existe des indices probables de propagation de la néoplasie au sinus maxillaire.

Éclairage par transparence. — Opacité complète du sinus.

DIAGNOSTIC. — *Sarcome* de la fosse nasale et de la cavité pharyngienne du côté gauche et qui s'étendait du même côté jusqu'à l'antre d'Highmore. Je fis l'extraction avec la pince coupante du morceau que je remis à M. le Dr Cajal pour faire l'examen histologique.

Examen histologique, fait le 24 avril. — Communication du Dr Cajal. « J'ai fait des coupes très fines du produit remis par le Dr Compaired, que j'ai soumis à l'examen microscopique après avoir fait les préparations techniques nécessaires, ce qui nous a donné le diagnostic d'*adéno-sarcome*. »

Le 2 mai, je fis l'opération dans la maison de santé. J'employai la méthode de Rouge et de Cadwell-Luc, afin de pénétrer en même temps dans le sinus maxillaire que je trouvai envahi par la tumeur. J'extirpai toute la tumeur avec le cornet pour pénétrer dans la cavité naso-pharyngienne et j'enlevai toute la région ethmoïdale antérieure et moyenne. Je remplis ensuite de gaze toute la cavité faite par l'acte opératoire.

Le 10 du même mois, considérant la malade comme guérie, je lui donnai l'exéat.

Le 20 juin elle réapparut à ma clinique se plaignant de gêne dans le côté gauche de la gorge.

Après un long examen, je constatai la présence d'une ulcération à fond induré, mamelonné, dur, indolent, d'où s'écoulait une sécrétion épaisse et peu abondante. Elle était située derrière le pilier postérieur, remontant par le pavillon tubaire jusqu'à la partie postérieure ou choanale du méat inférieur. J'ordonnai de simples irrigations antiseptiques et des attouchements avec la teinture de

Thuya occidentalis, étant donné que nous étions à la fin des cours. Bien que n'ayant pas l'intention de recommencer l'opération, je lui conseillai de revenir au commencement du cours suivant afin de poursuivre l'observation.

Nous ne revîmes plus la malade.

OBSERVATION XI. — Dona Julia G., de Madrid, 58 ans, mariée. Je la vis pour la première fois à ma clinique le 5 février 1901. A l'examen, je remarquai une tumeur, pas très volumineuse (de la grosseur d'une noix), mamelonnée, avec assez d'infiltration des parties environnantes, située dans le pharynx nasal, près de l'entrée tubaire du côté gauche.

La respiration nasale se fait sans aucune difficulté. La malade peut avaler sans grande gêne ; il n'y a pas eu d'hémorragies nasales ni buccales.

La patiente nota les premiers symptômes il y a plus d'un an, ils allèrent en augmentant très lentement malgré les différents remèdes employés.

Je ne vis aucun engorgement ganglionnaire, mais le visage était d'une teinte terreuse et une odeur très fétide sortait de la bouche. Ces dernières remarques me firent *a priori diagnostiquer un épithéliome*.

Malgré mon désir la malade n'accepta pas que je lui fis l'extraction d'un petit morceau de la tumeur pour l'examen histologique.

Je qualifiai la maladie d'incurable et d'inopérable.

OBSERVATION XII. — Julien C., 55 ans, de Laguardia (Toledo), se présenta à mon cabinet le 9 octobre 1901, avec une tumeur qui obstruait complètement la fosse nasale droite et un peu la gauche, qui remplissait la cavité naso-pharyngienne et repoussait la luette et le voile palatin au bas desquels elle pend en plein pharynx oral.

Le malade a eu, dit-il, de fréquents catarrhes du nez, et depuis le dernier, il y a sept mois, il ne pouvait plus respirer par les narines.

La tumeur augmentait petit à petit, sans produire d'hémorragies, ni douleurs, ni gêne, seule la respiration nasale lui était impossible et il avait quelques difficultés pour avaler.

En général, dans cette classe de malades, la voix est nasillarde. Le teint était très mauvais. Je ne rencontrai aucun engorgement ganglionnaire. Il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques.

DIAGNOSTIC. — Je qualifiai cette néoplasie de *sarcome naso-pharyngien* inopérable.

Je ne revis plus le malade.

OBSERVATION XIII. — Manuela Benitez, de M. (Cadiz), 64 ans, célibataire, se présente à ma clinique le 20 octobre 1901, se plaignant que depuis trois ou quatre mois elle perdait du sang en petite quantité par la fosse nasale gauche. Avant ces hémorragies, elle avait la narine gauche obstruée, d'où impossibilité de respirer de ce côté ; elle ressentait des douleurs continues frontales et dans la joue correspondante, qui ne la laissaient dormir ni le jour ni la nuit.

DIAGNOSTIC. — *Épithéliome ulcéré* de la fosse nasale gauche, s'étendant aux sinus maxillaire et frontal, avec prolongement dans la cavité naso-pharyngienne, surtout dans toute l'extension du pavillon tubarique. Inopérable.

Je lui ordonnai quelques pansements antiseptiques locaux et calmants. La malade ne revint pas et je restai sans nouvelles.

OBSERVATION XIV. — Luis Cuito, 23 ans, célibataire, licencié en philosophie et lettres, de San Juan de Puerto-Rico.

Date de mon premier examen : 21 février 1902.

Deux mois auparavant, il ressentit des deux côtés de la gorge, derrière et sur les amygdales palatines et en pleins piliers postérieurs un léger gonflement qui descendait de la cavité naso-pharyngienne, rendant difficile la respiration nasale et quelque peu la déglutition; aucune rhinorrhagie, aucune douleur. Il n'y a pas eu d'otalgie ni d'otorrhée.

Pas d'antécédents syphilitiques accusés par le malade. La voix est gutturale; beaucoup de difficulté pour parler; le patient avale plus facilement les aliments solides que les liquides. Le gonflement a progressé lentement; au toucher, il n'y a eu aucune douleur; il n'est pas très dur et sa surface est lisse.

DIAGNOSTIC. — Je considère cette double tumeur comme devant être plutôt un accident syphilitique tertiaire qu'un sarcome. J'ordonne un traitement spécifique énergique.

Après 20 jours de traitement, le résultat fut l'aggravation du processus local, avec des phénomènes de mercurialisme et d'iodisme. Je fis cesser le régime antisiphilitique, j'extirpai un morceau de tumeur que j'envoyai au laboratoire d'où l'on me communiqua qu'il s'agissait d'un *sarcome fuso-cellulaire*.

L'accroissement et l'extension de la néoplasie augmenta avec tant de rapidité et de gravité que je déclarai la tumeur inopérable. Je renvoyai le malade à la campagne où vivait sa famille afin qu'il mourût au milieu des siens.

OBSERVATION XV. — Don Enrique C., 45 ans, de Madrid. Je le vis pour la première fois le 2 juin 1903.

Antécédents syphilitiques individuels : est aveugle depuis huit ou neuf ans, ayant perdu la vue dans l'espace d'un an.

Depuis neuf mois ressent des douleurs constantes dans toute la moitié gauche de la tête et du cou, qui l'empêchent de dormir et de manger.

Il avait un léger gonflement dans la paroi externe et latérale du cou, en bas de l'angle du maxillaire inférieur (ganglion engorgé?). Croyant que cette inflammation était la cause de la douleur, il fut opéré par un chirurgien, mais sans réussir à calmer ladite douleur.

Quelques jours après l'opération, le malade eut de la difficulté pour avaler et pour respirer par la fosse nasale gauche, accompagnée de sensation de plénitude douloureuse dans le conduit auditif correspondant. La suppuration chronique qu'il avait dans l'oreille droite augmenta. Les douleurs furent tellement fortes et fréquentes qu'il fut nécessaire de faire des injections de morphine.

C'est à cette époque que je le vis et reconnus une tumeur diffuse qui emplissait la cavité naso-pharyngienne surtout du côté gauche. repoussait le voile palatin jusqu'à remplir presque la moitié de la bouche, et faisait irruption en plein gosier, effaçant complètement l'isthme et touchant la partie postérieure de la langue. Aucun changement de couleur. Elle apparaissait avec une uniformité diffuse dont les contours étaient effacés; au toucher l'on remarquait un ramollissement relatif, généralisé, mais sans aucun caractère de fluctuation.

Le toucher rétro-nasal était impossible. La rhinoscopie antérieure nous montra une sténose nasale parfaite dans toute la fosse gauche, avec un aspect congestif et infiltré. Dans le côté droit l'état était presque le même.

Conduit auditif droit : Otorrhée abondante causée par une otite moyenne, suppurée et chronique, avec de grandes et d'anciennes destructions tympaniques, fusion incomplète des osselets et surdité consécutive.

Conduit auditif gauche : Inflammation et infiltration généralisée de tout le conduit moyen et partie de l'extérieur, accompagnée de douleurs, surdité et bruits subjectifs. A la pression, sensation douloureuse dans le mastoïdien, mais sans signe de mastoïdite.

DIAGNOSTIC. — Mon impression, tout en tenant compte des antécédents syphilitiques me fit qualifier la tumeur du gosier de *sarcome naso-pharyngien* en période prochaine de fusion. Cependant doutant encore s'il pouvait s'agir d'une infiltration gommeuse diffuse de la cavité naso-pharyngienne mentionnée, j'instituai un énergique traitement anti-syphilitique. Localement j'ordonnai en même temps pour la gorge et la cavité naso-pharyngienne des attouchements assez fréquents avec la solution de chlorure d'adrénaline à 1 pour 200 additionnés de phénol.

Pour les fosses nasales, lavages sans pression, suivis de nettoyages et d'instillation de la préparation adrénalino-phénolée.

Pour le conduit auditif droit. Irrigations fréquentes avec une dissolution aqueuse de formol.

Pour le conduit auditif gauche, badigeonnages de teinture d'iode autour de l'oreille, instillations de glycérine phéniquée et chaleur douce et permanente.

Pour calmer la douleur constante et intense, non seulement du conduit auditif mais également de la gorge et du côté gauche de la tête, j'ordonnai des injections de morphine.

Alimentation fortifiante, purges drastiques et garder le lit.

L'état général et local du malade parut s'améliorer. Les douleurs avaient diminué d'intensité et se firent intermittentes, disparaissant quelquefois presque un jour entier. Les phénomènes d'otite du côté gauche cédèrent quand survint la suppuration aiguë. L'oreille droite s'améliora également. La sténose nasale diminua beaucoup, l'on arriva à faire passer l'irrigation à travers la cavité naso-pharyngienne et le malade put alors respirer par les narines.

La tumeur naso-pharyngienne diminua sur toute son étendue,

mais surtout dans la cavité rétro-nasale, par fusion de ses éléments, le malade expulsant presque continuellement des détrit^{us} et du muco-pus. De petites rhinorrhagies se présentèrent, elles furent arrêtées facilement par l'emploi de l'adrénaline.

Dans une telle situation je dus suspendre le traitement spécifique, parce que les caractères diagnostiqués étaient plutôt ceux du sarcome que de la gomme. Les ganglions engorgés étaient nombreux dans toute la région du cou.

En conséquence et malgré l'amélioration apparente je ne vacillai point à mal pronostiquer.

Effectivement, durant que j'étais à la campagne, l'on m'apprit qu'à la suite d'une grande hémorragie nasale et buccale, mon malade mourut si je ne me trompe, vers le milieu du mois d'août.

OBSERVATION XVI. — Don Eugenio H., 40 ans, de Zamora. Je le vis le 13 octobre 1904, il se plaignait de gêne dans le nez et la gorge depuis environ plus d'un an sans avoir rien eu dans ces parties avant cette époque.

Il existe des antécédents syphilitiques individuels (douteux). Le malade ne peut depuis quatre mois respirer par les fosses nasales, beaucoup de pus coule de la narine droite et de la gorge (naso-pharynx), à la suite de grandes douleurs dans le conduit auditif droit, accompagnées de fièvre, les oreilles suppurèrent, ces accidents se présentèrent avant qu'il fit la remarque des symptômes d'obstacle dans le nez et le naso-pharynx.

Le malade se plaint de douleurs constantes dans la gorge et dans la moitié de la tête, la voix est fortement nasale ; il a un grand abattement physique et moral.

Dans le gosier, l'on remarque une tumeur diffuse sur le côté droit, et descendant de la cavité naso-pharyngienne, qui repousse le voile, la luette et les piliers. Il n'y a aucun changement de couleur de la muqueuse ; aucune douleur au toucher. Le volume de la tumeur est environ celui de la moitié d'une poire de grosseur normale. Réflexes pharyngiens exagérés, difficulté pour la déglutition. Il existe une tumeur ganglionnaire dans la région subparotide droite qui repousse la paroi correspondante du gosier.

Après avoir fait l'adrénalisation j'ouvris la fosse nasale droite, donnant de cette façon sortie à assez de pus, ce qui améliora le malade et lui permit de respirer de ce côté.

Le toucher rétro-nasal me fit apercevoir une tumeur muriforme, un peu molle, saignante, qui rappelle la sensation tactile d'un épithéliome, et qui contraste avec la dureté semi-ligneuse du reste de la tumeur pharyngienne. Elle est située de préférence en pleine région tubaire et naso-pharyngienne du côté droit.

Mon diagnostic vacillait entre un épithéliome en ce qui se réfère à la néoplasie de la cavité rétro-nasale, un sarcome pour la portion de la tumeur située dans la gorge et une gomme ulcérée naso-pharyngienne accompagnée d'infiltrations gommeuses diffuses, ceci en raison des antécédents et également de l'aspect local, de la marche de la lésion, etc. etc.

J'instituai un traitement mixte (antisepsie locale, au moyen d'ins-tillations et d'attouchements d'adrénaline et de phénol et traitement spécifique). Je réussis à extirper un petit morceau de tumeur qui fut envoyé au laboratoire d'histologie du Docteur Cajal. Le résultat de cet examen fut que la lésion devait être de nature inflammatoire et probablement syphilitique.

D'autre part, un collègue, dont je respecte les connaissances chirurgicales, qualifia également cette lésion de syphilitique.

Au contraire un distingué laryngologiste fut de mon avis et opina pour un *sarcome de nature inopérable*.

A mesure que progressait la tumeur, je persistais plus fermement dans mon idée de sarcome ulcéré naso-pharyngien, abandonnant complètement la pensée d'un épithéliome et réservant comme douteux celle d'accident syphilitique.

Le malade mourut fin décembre en sa maison de Zamora, et malgré l'autopsie faite selon son indication testamentaire, nous restâmes dans le même doute, car le collègue qui la pratiqua se borna à un examen nécropsique sans avoir l'idée de choisir d'abondants et variés morceaux de tumeur, pris en des endroits différents, afin de les soumettre à de plus longues et prolixes analyses histologiques.

OBSERVATION XVII. — Angela L., 44 ans, mariée, laveuse, Castillejo (Ségovie), se présenta à ma clinique le 17 octobre 1904 avec une tumeur ulcérée et saignante au toucher, située dans toute la région latérale droite du naso-pharynx, du pavillon tubaire et des piliers, entourée d'une grande infiltration périphérique qui s'étendait dans les tissus environnants.

La fosse nasale correspondante était également atteinte par le néoplasme qui empêchait complètement la respiration et déterminait de fréquentes et répétées rhinorrhagies. La malade s'aperçut de ceci il y a huit mois, sans savoir à quoi l'attribuer.

Douleur dans l'oreille droite mais sans phénomènes objectifs d'inflammation, ni suppuration. Voix nasillarde. Douleurs pour avaler et pour parler.

Engorgement de tous les ganglions correspondants du cou. Pas d'antécédents syphilitiques.

DIAGNOSTIC. — *Épithéliome ulcéré* du naso-pharynx confirmé par l'examen histologique.

Malgré les désirs de la malade et de son mari pour que l'opération fût pratiquée, je n'acceptai point. Seulement dans le cas où la patiente ne pourrait plus respirer et aurait des étouffements, je lui promis de la faire entrer à la maison de santé afin de faire la trachéotomie.

Outre les antiseptiques locaux je lui ordonnai les attouchements d'adrénaline et de phénol.

OBSERVATION XVIII. — Francisco L., 30 ans, garçon de café, Madrid, vint à ma clinique le 21 novembre 1904, il avait une tumeur ulcérée, saignante, avec fond mamelonné et bords irréguliers et indurés, qui s'étendait dans toute la voûte naso-pharyngienne et la

région latérale droite du gosier, envahissant tout le pavillon tubaire, le pilier postérieur et le voile palatin correspondant.

Il a eu et a de fréquentes hémorragies.

Il existe encore de nombreux ganglions engorgés en bas de l'angle du maxillaire inférieur, comprenant la région parotide et sub-maxillaire; l'on apprécie une adénite dure, volumineuse, irrégulière et très douloureuse.

La démarcation est grande et il existe une vraie cachexie cancéreuse. Le patient indique onze mois et demi depuis le début de la maladie jusqu'à ce jour.

DIAGNOSTIC. — *Épithéliome*. — Inopérable.

OBSERVATION XIX. — Amelia F., 44 ans, de Madrid.

Je la vis à ma clinique du Refuge au commencement de février 1905.

Elle se plaignait depuis longtemps (ne spécifie pas) de gêne dans le côté gauche de la gorge, de douleurs pour avaler, de difficulté à respirer par la fosse nasale à gauche, de douleurs dans l'oreille gauche accompagnées de surdité et d'hémorragies depuis deux ans.

Dénutrition générale, aspect terreux de la peau, regard triste. Engorgement ganglionnaire dans le côté gauche du cou.

DIAGNOSTIC. — *Épithéliome* naso-pharyngien du côté gauche, s'étendant du pavillon tubaire jusqu'au repli glosso-épiglottique. Il est ulcéré granuleux, fongueux et saignant. Inopérable.

Badigeonnages avec la solution de chlorure d'adrénaline à 1 pour 1000. La malade continue le traitement.

OBSERVATION XX. — Le 10 février 1905, se présenta à ma clinique. M. Ramon Lopez Gil, 63 ans, de Benialbo (Toro-Zamora).

Dit qu'il y a plus d'un an, il sentit de la gêne et de la difficulté pour respirer par les fosses nasales, principalement par la gauche; sans aucune douleur, il expulsait du sang par cette dernière ainsi que par la gorge, mais remarquant que le sang procédait de la partie haute et en arrière de la luette.

Depuis quelques mois, l'on remarquait dans le gosier une tumeur indolente, même pour avaler, mais qui l'empêchait de respirer par les fosses nasales, surtout lorsqu'il était couché.

Celle-ci est ulcérée, l'ulcération s'étendant sur tout le côté droit du voile palatin, les piliers, la luette et tout le pharynx oral. Au toucher rétro-nasal, on s'aperçoit également que la tumeur est aussi ulcérée dans la région naso-pharyngienne.

L'aspect de l'ulcération est de fond gris sale, mamelonné, avec des bords irréguliers semi-indurés. Toute la bouche exhale une odeur très fétide et caractéristique.

Les fosses nasales, surtout la gauche, sont remplies par la néoplasie.

Devant le tragus du côté gauche, l'on voit une autre tumeur indolente, de la grosseur d'une mandarine; cette dernière fit son apparition il y a un mois.

La figure du malade est enflée, congestionnée, mais avec une coloration terreuse de la peau; la respiration est entrecoupée et difficile par la bouche et complètement impossible par le nez. Il existe également une légère exophtalmie du côté gauche.

Il n'y a jamais eu de douleurs; seuls les phénomènes de catarrhe nasal ont appelé l'attention du malade.

Engorgement ganglionnaire disséminé sur le cou.

DIAGNOSTIC. — *Epithéliome naso-pharyngien, palato-sinusal ulcéré.* — Inopérable

Je n'ai plus revu le malade, mais je présume qu'il doit être mort ou tout au moins proche de l'être.

Les considérations que nous pouvons établir de l'étude des vingt cas cliniques exposés sont en général d'accord avec les idées citées par le Dr Laval dans son travail sur les *Tumeurs malignes du naso-pharynx*. Mais ceci ne doit pas toutefois m'empêcher d'ajouter quelques renseignements nouveaux, d'en ratifier et rectifier d'autres donnés par l'assistant de la clinique laryngologique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Fréquence. — Ainsi que je le dis au commencement de ce travail, dans ma pratique, j'ai rencontré beaucoup plus fréquemment les tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngienne que ne le mentionnent des spécialistes aussi autorisés que Moritz Schmidt, qui dit n'avoir rencontré qu'un seul cas sur quarante-deux mille malades; que von Leyden, qui affirme que les sarcomes de la cavité naso-pharyngienne sont *extrêmement rares*; Escat en donne une courte description dans son *Traité des maladies du pharynx* (1900); Moure ne s'en occupe nullement dans son *Traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx* (1904), dans lequel il ne décrit que les tumeurs malignes du voile palatin et du pharynx oral; Laval lui-même avoue que bien que peu fréquentes, on ne doit pas les considérer comme exceptionnellement rares.

Comme on peut le vérifier par la statistique précédemment exposée de mes vingt observations, et établie depuis 1897 jusqu'à ce jour, dans laquelle ne sont pas compris les cas déjà publiés dans *El Siglo medico* et dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1903, page 362) auxquels se réfère le Dr Laval dans ses *Tableaux d'observations des tumeurs malignes du naso-pharynx*, où sont réunis tous les cas qui furent publiés par différents auteurs jusqu'à ce jour, l'on remarque que les sarcomes sont plus nombreux que les épithéliomes.

Cette même fréquence des premiers est également apparente dans les observations recueillies par le Dr Laval, étant donné qu'il a pu réunir quarante-cinq cas de sarcomes, vus par différents

spécialistes du monde entier, et que les épithéliomes n'atteignent que vingt-sept.

Respectivement à l'âge et au sexe, il semble que le sarcome se présente à n'importe quel âge, bien que je ne l'aie vu chez aucun individu plus jeune que celui-ci de la sixième observation et qui était âgé de 16 ans. Le Dr Brault raconte avoir rencontré un cas de néoplasie semblable (1897) chez un enfant de trois ans. L'on en rencontre également chez les vieillards. Van Leyden par exemple en cite un cas chez un individu de 60 ans (1896).

L'épithéliome au contraire est considéré comme n'apparaissant que chez les personnes âgées au moins de quarante ans ; toutefois ceci n'est pas une règle générale, car on peut le trouver chez des sujets plus jeunes. Le Dr Edler dit avoir vu un cas qui s'était présenté chez un enfant à peine âgé de 14 ans.

Comme conclusion, nous pouvons affirmer d'une manière résumée que les tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngienne subissent, en ce qui regarde l'âge ou le sexe, les mêmes lois que celles de n'importe quelle autre partie du corps humain. Celles-ci ont établi de la manière suivante en moyenne l'âge de trente ans pour le sarcome, et de quarante ans pour l'épithéliome. L'on rencontre cependant l'une et l'autre de ces néoplasies chez les enfants et chez les vieillards.

Dans les tableaux d'observations de différents auteurs présentés par le Dr Laval, les hommes prédominent ; et d'après ma statistique, ce sont au contraire les femmes qui sont en nombre supérieur, étant donné que nous comptons onze femmes pour neuf hommes ; je crois en réalité que l'on ne peut établir une conclusion définitive en faveur de l'un ou l'autre sexe, ce qui, dans le cas contraire, serait une indication qui nous conduirait vers un éclaircissement étiologique, car ce point est encore ténébreux, pour ce qui a rapport à l'étiologie et à la pathogénie des tumeurs malignes en général.

Localisation. — J'ai remarqué que les sarcomes se localisent primitivement en pleine paroi postérieure du naso-pharynx, soit au centre, soit sur les côtés, soit en arrière et en haut des piliers postérieurs, envahissant la région vestibulaire de la trompe et plus rarement la région choanale. Lorsqu'ils débutent par la paroi centrale, ils s'étendent en premier lieu dans les régions du voile palatin et de la luette, et obstruent la fosse nasale postérieure la plus immédiate, attaquant progressivement et lentement l'autre. Elles constituent la manifestation de forme respiratoire gutturale.

Lorsqu'elles commencent par la région latérale de la cavité naso-pharyngienne, elles constituent la forme simplement gutturale, rarement elles altèrent la fonction respiratoire nasale, à cause de la tendance qu'a le néoplasme de s'étendre vers les parties inférieures du larynx oral, et quelquefois jusqu'en pleine région laryngienne, surtout jusqu'aux replis glosso-épiglottiques.

La forme purement respiratoire du commencement des tumeurs sarcomateuses naso-pharyngiennes est la plus rare, son point primitif d'implantation est constitué par la queue des cornets et les parties voisines.

Au contraire, l'épithéliome commence dans la grande majorité des cas par la région tubaire ou par la région choanale, en raison de quoi il revêt la forme respiratoire, ou au moins la forme respiratoire gutturale. Rarement l'on observe la forme franchement gutturale, si son origine primitive a été la cavité naso-pharyngienne.

Manifestations cliniques. — De même que le fit le Dr Laval, nous les diviserons en manifestations *fonctionnelles* et *physiques*. Toutes deux présentent deux périodes : celle que l'on a à mon avis, mal nommée *période latente* et que je préfère appeler *période d'initiation* ; la deuxième période est la *période d'état* ou de *manifestation ostensible et claire*.

En général, les néoplasies dont nous nous occupons s'initient par différents symptômes, qui nous font les classer en trois formes : 1^o forme respiratoire (la plus fréquente) dans laquelle la première manifestation clinique est la difficulté respiratoire nasale par une des fosses, difficulté qui est *permanente, constante et ascendante*, qui ne souffre aucune altération ni aucune alternative, *que le malade sait ou ne sait pas à quoi l'attribuer* ou qui est restée à la suite d'un coryza passager.

Dans d'autres occasions, selon van Leyden, elles débutent par des manifestations auriculaires (dureté de l'ouïe), primitivement intermittentes, accompagnées ou non de bruit d'oreilles et plus tard elles deviennent permanentes et continues par des *manifestations cliniques* plus accentuées et déjà d'un autre caractère. Pour ma part, je n'ai jamais rencontré cette forme auriculaire. Au contraire, l'observation XVI que nous pourrions considérer comme de forme auriculaire typique, commença par de grandes douleurs localisées dans l'oreille droite, suivies de suppuration, mais coïncidant immédiatement avec les phénomènes de difficulté respiratoire nasale et de gêne dans la cavité naso-pharyngienne.

Je ne puis considérer comme acceptable la forme ganglionnaire admise par Laval, vu que l'engorgement ganglionnaire de la chaîne ganglionnaire sterno-cléido-mastoïdienne est *toujours* la *conséquence* de la néoplasie déjà commencée, c'est-à-dire qu'elle se présente *secondairement*, au moins pour ce que j'ai vu et pour ce que dictent la raison et la clinique. Dans le sarcome les ganglions s'engorgent, dans *sa dernière période*, dans *la période de fusion*, lorsqu'ils s'ulcèrent et que se présentent des hémorragies par les fosses nasales ou par la bouche, presque jamais avant cette époque, et ceci est souvent le caractère prédominant qui les différencie des épithéliomes.

Au contraire, dans cette dernière néoplasie, l'engorgement ganglionnaire cervical ou submaxillaire se manifeste dès le début de la maladie, ce qui arrive également dans l'infiltration gommeuse diffuse du naso-pharynx, avec laquelle se confondent très facilement les tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngienne.

Dans la période *d'état*, ou de *manifestation ostensible et claire*, l'on peut apprécier d'une façon tellement marquée les symptômes fonctionnels et subjectifs qu'ils permettent d'établir le diagnostic avec assez de sécurité.

L'obstruction nasale s'accroît et a coutume de devenir bilatérale et complète ou absolue, d'où résulte la suppression de l'odorat.

Les phénomènes otiques (otalgies, otorrhées, bruits d'oreille, etc.) deviennent également intenses et continus et déterminent souvent de la surdité à un degré plus ou moins important.

La difficulté pour avaler est quelquefois douloureuse, et cette douleur de la gorge provoquée surtout lorsque l'on avale la salive ou à sec peut devenir continue, s'irradier jusqu'à la nuque, au cerveau, au cou, au sternum et à la face, selon le point d'implantation de la tumeur, selon son extension et selon sa nature.

La conséquence de semblable dysphagie, de l'impossibilité de respirer par les fosses nasales et l'exagération des réflexes pharyngiens obligent le malade à tenir constamment la bouche ouverte ou demi-ouverte d'où résulte une sensation indéfinie de sécheresse du gosier unie à une certaine contraction des tissus, laquelle s'aggrave par la gêne produite par la tumeur, qui comprime, envahit, repousse et disloque les tissus et de laquelle s'écoule un muco-pus facilement altérable, qui devient rapidement glutineux et qui adhère à la muqueuse congestionnée et hyperesthésiée, produisant par cela même et par la sensation de gêne accusée par le néoplasme une envie constante d'avaler et d'expulser, ce qui, en plus d'ennuyer énormément le malade, aggrave la situation locale.

Toutes ces manifestations cliniques locales occasionnent de la même manière la voix gutturale, d'autant plus accentuée que la cavité naso-pharyngienne est plus obstruée et que les fosses nasales sont plus sténosées.

Elles déterminent de la même façon une augmentation de sécrétion muco-purulente par les fosses nasales et par la gorge; elles rendent difficile ou empêchent l'alimentation, éloignent le sommeil, altèrent les fonctions digestives, préoccupent le malade et le font déchoir rapidement, profondément, physiquement et moralement.

Nous vérifierons physiquement *les manifestations cliniques ostensibles et claires* au moyen de l'inspection oculaire du gosier et par les rhinoscopies antérieures et postérieures, l'éclairage par transparence des tissus et le toucher pharyngien et rétro-nasal.

L'inspection du gosier dans la période d'irritation du mal ne révélera en général aucun changement; mais dans une période avancée, lorsque la néoplasie se montre dans son plein développement, nous remarquerons que le voile palatin est enflé et repoussé en avant, dans toute son étendue, si la néoplasie naso-pharyngienne est centrale, d'un de ses côtés, si la tumeur a son origine d'implantation dans les régions tubaires.

En même temps que le voile, la luette est disloquée, les piliers et la loge amygdalienne apparaissent gonflés et repoussés par la tumeur immobile. Tous les tissus et la zone plus ou moins étendue qui environne la tumeur présentent une infiltration qui confond la néoplasie avec les tissus voisins.

Le gonflement du voile et du pharynx est généralement plutôt un signe caractéristique du sarcome que de l'épithéliome.

L'épithéliome ne se présente *généralement* pas à la vue comme une tumeur enflée, lisse et diffuse. Lorsqu'il se trouve dans une période de plein développement en plus de l'engorgement ganglionnaire correspondant, sa surface apparaît irrégulière avec des mamelons fongueux, ulcérés, couverts d'exsudation grisâtre, sanieuse et purulente; ulcération à bords irréguliers et calleux qui présente un fond légèrement caverneux (*socabado*).

Au contraire dans l'épithéliome naso-pharyngien, c'est à peine s'il nous est possible de voir sur les côtés et en haut des piliers postérieurs une légère manifestation de tumeur qui, dans ce cas, est toujours irrégulière et mamelonnée, ou tout simplement une ulcération purulente caractéristique.

Il existe des épithéliomes naso-pharyngiens qui débute par un *autre symptôme* qu'une douleur provoquée par l'acte fait pour avaler particulièrement la salive, mais rarement spontanée

comme si elle fut produite par une piquûre, sans que le malade sache la localiser en un point déterminé, mais qui généralement la signale dans le côté de la gorge correspondant à celui où est situé le néoplasme. Cette douleur s'étend toujours à l'oreille, mais avec une intensité modérée.

Dans ces cas, si l'on examine la gorge, l'on ne voit ni dans le gosier, ni à la base de la langue, ni dans l'épiglotte, ni dans aucun endroit visible, le moindre signe qui puisse être la cause de la douleur. Si l'on fait la rhinoscopie postérieure et antérieure, l'on ne voit habituellement rien qui puisse déterminer le mal pour lequel le malade est venu nous consulter. C'est uniquement en faisant avec le doigt un long et minutieux examen rétro-pharyngien que l'on apprécie une petite surface rugueuse, inégale, dure, cachée en arrière de la portion supérieure du pilier postérieur, dans son union avec l'arc du voile palatin ou bien encore située en un petit endroit de l'entrée tubaire. Outre la sensation tactile particulière à toutes les néoplasies épithéliales, le toucher détermine et augmente la douleur ou la sensation de piquûre dont se plaint le malade. Presque à priori, sans aucune autre manifestation (il n'en existe pas) ni du conduit auditif, ni des fosses nasales, ni de la cavité naso-pharyngienne, ni des ganglions lymphatiques qui ne sont nullement engorgés ou tout ou plus à un très petit degré et seuls les submaxillaires du côté affecté, nous pouvons diagnostiquer l'épithéliome naso-pharyngien dans sa première période.

Au commencement du néoplasme sarcomateux, lorsqu'il prend à son origine la forme respiratoire, la rhinoscopie antérieure nous fait constater la sténose plus ou moins complète de la fosse nasale correspondante causée par l'infiltration et l'œdème de la muqueuse sur toute la surface des cornets et des méats, lesquels sont en plus remplis par un muco-pus adhérent et épais.

Après avoir eu soin d'adrénaliser la dite surface nasale, l'on pourra reconnaître, soit à l'extrémité postérieure du cornet inférieur ou à l'ouverture choanale, ou à la terminaison naso-pharyngienne du méat inférieur une partie de la tumeur qui n'a pas été attaquée par l'adrénaline, laquelle se distinguera très facilement en raison du contraste que présenteront entre eux les tissus non encore envahis par la tumeur et facilement influencés par l'action vaso-constrictive du médicament.

Si la tumeur, soit sarcome, soit épithéliome a pénétré franchement dans la fosse nasale, il s'agit alors généralement d'un épithéliome, car ce dernier présente plus clairement et plus fré-

quemment que le sarcome de semblables prolongements : l'on remarque que la forme nasale n'est pas sténosée par infiltration et œdème, mais *obstruée* par la tumeur, qui remplissant tous les vides et anfractuosités apparaît mamelonnée, sanglante, rouge ou violacée, parfaitement adossée, confondue avec les tissus environnants et couverte par une légère sécrétion sanieuse ou franchement purulente.

Dans n'importe lequel de ces deux cas, la respiration nasale est complètement supprimée.

Si l'on touche la tumeur avec le stylet, l'on remarquera qu'elle ne présente aucune dureté excessive, qu'elle est friable et disloquable, qu'elle peut se déchirer facilement et qu'elle a tendance à saigner en abondance, s'il s'agit d'un épithéliome ; au contraire bien qu'elle soit très dure, lisse, non mamelonnée, de couleur violacée ou bleu foncé, parfaitement fixe et immobile, le stylet y pénètre avec assez de facilité et c'est à peine s'il se produit une hémorragie, s'il s'agit d'un sarcome.

La rhinoscopie postérieure, lorsque l'on peut la pratiquer dans le sarcome (bien plus difficile à employer que dans l'épithéliome naso-pharyngien, à cause de la grande sensibilité et de l'augmentation des réflexes ; dans une période très avancée de la tumeur, elle est rendue impossible par le sarcome lui-même), nous révélera la diffusion du néoplasme dans une partie ou dans toute la cavité rétro-nasale avec les mêmes caractères objectifs que ceux qui se présentent dans le pharynx, dans le voile ou dans les fosses nasales. L'épithéliome, au contraire, fourni par une tumeur *plus petite* et de *moins d'extension*, où l'on remarque toujours soit l'ulcération sanieuse irrégulière plus ou moins profonde, soit la tumeur mamelonnée rouge, bleue ou violacée, friable, etc., présentera les caractères dont nous avons parlé dans le paragraphe sur la rhinoscopie antérieure.

L'éclairage par transparence ou translumination n'est applicable que dans le cas où la tumeur s'est étendue à travers les fosses nasales, dans les sinus frontaux et maxillaires, l'opacité complète et absolue de ces sinus ou l'absence du signe d'Heryng constitue déjà un indice de grande importance en faveur de la présence du néoplasme dans les cavités sinusales nommées.

Comme complément de ce diagnostic, il convient en outre de rechercher celui que nous ferons dans l'empyème de l'antre d'Higmore, les signes de Vohsen-Davidson, celui de Garel.

Cependant bien que la néoplasie maligne naso-pharyngienne ne se soit pas étendue dans toutes les fosses nasales, ni par con-

séquent aux sinus de face, l'éclairage par transparence est utile afin de mieux préciser l'importance de la lésion et son extension dans la fosse nasale attaquée.

Dans ce but, nous ferons la rhinoscopie antérieure des deux fosses nasales, tout en maintenant la petite lampe électrique introduite dans la bouche, le malade ayant soin de tenir cette dernière fermée, nous verrons alors la fosse nasale du côté sain beaucoup mieux éclairée que celle située du côté malade, comme dans l'investigation du signe de Robertson pour l'empyème du sinus maxillaire.

Pour l'éclairage par transparence comme pour la rhinoscopie antérieure, il est très utile de faire l'adrénalisation des fosses nasales, non seulement dans le but de rendre plus perméable l'intérieur nasal, mais également *comme moyen de diagnostic* ; en se référant à ce que j'ai dit, que l'adrénaline n'exerce pas son action *vaso-constrictive* sur les tissus cancéreux, et qu'elle le fait tout au plus d'une manière relativement insignifiante, il sera facile de distinguer les tissus sains des tissus malades, les premiers étant, sous l'influence du médicament, contractés et anémiés, chose que j'ai déjà fait remarquer dans mes travaux sur l'action de l'adrénaline.

Pour le diagnostic, le toucher pharyngien et rétro-nasal constitue à mon avis le mode le plus important comme complément aux moyens déjà énoncés.

Il est certain que le vrai *desideratum* est l'analyse histologique d'un morceau de la tumeur, mais ceci n'est pas toujours faisable, et en outre, la clinique compte, comme nous l'avons vu, avec tous les procédés d'exploration et de confirmation que nous avons étudiés, qui sont dignes de considération, car ils peuvent par eux-mêmes servir à éclaircir la nature de la tumeur naso-pharyngienne, indiquer son point d'implantation naso-pharyngien et la direction et extension de la diffusion.

Le toucher de la région pharyngienne se pratique facilement et sert d'auxiliaire à la vue, car il fait connaître la dureté de la tumeur, l'état de la surface, la netteté et la forme de ses limites, sa mobilité, le degré de température plus ou moins élevé qu'elle a comparativement à celui des tissus voisins.

La rhinoscopie postérieure de la cavité naso-pharyngienne doit nous révéler ce que ne peut distinguer la vue, outre les caractères tactiles particuliers à la tumeur, le toucher naso-pharyngien doit nous renseigner sur le lieu ou la région dans lequel est impliquée la néoplasie, sur son extension, et nous faire connaître toute la surface de la tumeur, l'état ulcéreux avec tous les caractères physiques appartenant à ce dernier état.

En plus, le toucher digital pratiqué dans le pharynx et dans la cavité rétronasale nous fera savoir si au toucher ou à la compression nous provoquons de la douleur, et si elle est très intense en comparaison avec le petit degré de compression.

Toutes ces manifestations cliniques que nous indique le toucher, nous serviront à établir clairement le diagnostic des tumeurs malignes naso-pharyngiennes, à les distinguer entre elles et d'avec les autres processus morbides locaux.

Cours suivi par la maladie. — Le cours ou la marche suivie généralement par les tumeurs malignes du naso-pharynx varie énormément ; la marche est très rapide comme dans les cas cités par Pierre (1898) et Hallade (1879), dont l'évolution se fit en quelques semaines. Ces cas sont tellement rares que je ne les cite qu'à titre de curiosité.

Au contraire, il existe d'autres observations, telles que celles recueillies par Veillon ainsi que beaucoup des miennes, surtout celle que je publiai en 1903 dans *les Annales des maladies de l'oreille*, qui ont un cours lent et qui évoluent dans l'espace de plusieurs années ; ces cas sont également des exceptions.

De même que pour les autres tumeurs malignes, en général, l'on peut établir que la moyenne du développement varie entre quelques mois et un an. Tout cas dont la durée de développement est plus ou moindre que la moyenne est considéré comme une exception à la règle.

Jusqu'à ce jour, je crois à l'impossibilité de guérison de ces tumeurs, malgré les affirmations contraires des auteurs américains tels que Welham, Alexander. Boyan et Burney qui citent des cas de guérisons de sarcomes et d'épithéliomes naso-pharyngiens. Van Leyden dit également avoir, dans l'année 1898, eu un cas de guérison.

Pour ma part, je n'ai pas été heureux, aussi bien avec les opérés qu'avec ceux soumis uniquement au traitement pharmacologique ; la mort a été toujours la fin de cette terrible affection. Je constate que les autres auteurs qui citent des cas de tumeurs semblables ne furent pas plus heureux que moi.

Communément la mort survient d'une façon rapide, soit par la paralysie des nerfs craniens, soit par la méningite, soit par hémorragie, par cachexie, par infection ou par récurrence ; dans ce dernier cas la marche de la tumeur récidivée est beaucoup plus rapide vers la mort.

Pronostic. — Les raisons énoncées font comprendre que le pronostic doit être forcément fatal. Nous ne pouvons jamais donner au patient ou à ses parents la moindre espérance de

guérison. Heureux si nous pouvons promettre une amélioration *de quelque durée* et ceci lorsque nous pouvons *extirper à temps tous les tissus malades* et souvent une partie des tissus sains qui les environnent. Malheureusement jamais, presque jamais ou très peu souvent la chirurgie *ne pourra atteindre un tel résultat*.

Ces tumeurs dont le début est insidieux, demi-latent, obscur, avec très peu de manifestations qui appellent l'attention du malade (il n'existe aucune adénopathie, ni douleur, etc.), expliquent que l'on ne les diagnostique pas *à leurs débuts* et pour la même raison l'on ne peut les attaquer avec *l'opportunité nécessaire*.

Étiologie. Pathogénie. Anatomie pathologique. — C'est à peine si actuellement l'on peut sur ceci donner une raison précise. L'étiologie et la pathogénie des tumeurs malignes naso-pharyngiennes, n'est ni plus ni moins que celle des tumeurs malignes de n'importe qu'elle autre partie du corps humain. Respectivement à l'anatomie pathologique, je suis d'accord avec Laval, reconnaissant quelle est toutefois assez obscure, ainsi que cela arrive avec celle des néoplasmes du testicule et des fosses nasales. Des rhinologues expérimentés tels que Ruault et Lubet-Barbon prétendent avoir surpris en désaccord la clinique et le laboratoire dans le diagnostic et le pronostic de ces tumeurs. M. Escat a en observation depuis cinq ou six ans des tumeurs nasales ; l'une d'elles semble guérie, l'autre arrêtée dans son évolution, ceci en opposition avec le pronostic extraordinairement malin que paraissait donner l'examen histologique.

Je puis ajouter au cas de M. Escat des observations cliniques que j'ai déjà publiées ; par exemple un épithélium du conduit auditif moyen¹ dont l'analyse histologique fut faite par l'éminent docteur Cajal ; l'opération (attico-antrectomique ample) fut pratiquée le 26 novembre 1898. Le malade est actuellement encore vivant, sans le moindre vestige de reproduction du néoplasme, et parfaitement guéri de sa lésion anriculaire.

En échange, je me rappelle entre autres le cas d'une malade à qui j'ai opéré plusieurs fois durant ce cours scolaire une tumeur située en pleine tête du cornet inférieur droit et qui d'après son aspect clinique *semblait* être un fibro-sarcome.

A la troisième opération, après trois séances successives je réussis à l'extirper en enlevant *tout le cornet* avec les tissus

1. Epithéliome de la caisse tympanique et attique du côté droit. Opération, guérison (*El Siglo medico* n° 2560, p. 3, 1903).

sains qui entouraient la tumeur. Les différentes récidives eurent toujours lieu *peu de jours* après la cicatrisation de la blessure chirurgicale ; cependant l'analyse histologique, faite peu de temps après chaque opération qualifie la dite tumeur de *polype fibreux avec un certain nombre de vaisseaux ectasiques*.

Ni ces cas ni d'autres que je crois inutile de nommer diminuent l'importance de l'analyse histologique dans l'éclaircissement du diagnostic et pour la même raison du pronostic des tumeurs ; cependant ces cas nous montrent que souvent, dans la clinique, il existe quelquefois à ce sujet l'hésitation, le doute, et même l'erreur avec ses conséquences pour l'avenir du malade ou de l'opéré.

DIAGNOSTIC. — Comme résultat de ce que j'ai dit, il semble facile de diagnostiquer ces sortes de tumeurs.

Cependant, j'ai cru de quelque intérêt d'exposer dans le tableau suivant les différents caractères du sarcome, de l'épithéliome, du fibrome et de l'infiltration gommeuse diffuse de la cavité nasopharyngienne.

Ces tumeurs sont faciles à confondre avec les abcès latéro-rétro-pharyngiens et même avec les abcès rétro-amygdaliens, mais l'existence antérieure d'une maladie suppurée du tube auditif, le début du mal, son cours aigu et la fluctuation de la tumeur, à part les douleurs lancinantes, la dysphagie douloureuse, etc., et d'autres symptômes qu'il est inutile d'énumérer, (angines, etc., etc.), préciseront le diagnostic.

Cependant, il existe des cas dans lesquels il est possible de rencontrer un abcès latéro-pharyngien ou rétro-pharyngien survenu *dans le cours* de l'évolution d'un sarcome naso-pharyngien, mais l'on pourra toujours distinguer avec assez de facilité les manifestations cliniques d'un cours lent et chronique qui appartiennent à la néoplasie, d'avec celles du procès inflammatoire aigu, précurseur de l'abcès ou de l'accumulation du pus. Enfin, lorsque l'abcès s'ouvre de lui-même ou qu'il est ouvert par le bistouri du chirurgien, le diagnostic se trouve confirmé dans le cas où il ne l'aurait pas été antérieurement ; de toute manière, il n'aggrave nullement le conflit pathologique local.

Les polypes fibro-muqueux des choanes sont pédiculés, mobiles, mous, ondulents, à marche très lente et ne donnent pas lieu à des troubles fonctionnels importants comme cela se présente avec les tumeurs naso-pharyngiennes, c'est ce qui permet de les reconnaître et de les distinguer facilement.

Quant à l'enchondrome, il est d'une rareté vraiment exagérée, c'est une tumeur d'une dureté osseuse qui évolue *très lentement*,

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE

SARCOME NASO-PHARYNGIEN	EPITHÉLIOME NASO-PHARYNGIEN	INFILTRATION GOMMEUSE DIFFUSE DU NASO-PHARYNX	FIBROME NASO-PHARYNGIEN
<p><i>Age.</i> — Ordinairement avant les 40 ans.</p> <p><i>Marche.</i> — Régulièrement lente.</p> <p><i>Caractères.</i> — Absence d'infiltration ganglionnaire des régions sub-maxillaires et cervicales, etc., jusqu'à ce que s'ulcère la tumeur.</p> <p>Tumeur dure, lisse, diffuse, qui remplit la cavité naso-pharyngienne tout entière ou seulement un de ses côtés, repoussant en avant le voile, les piliers et la luette et ayant de préférence une tendance à s'étendre dans le pharynx. Indolente même à la pression. Exagération des réflexes pharyngiens.</p>	<p><i>Age.</i> — Règle générale, passé les 40 ans.</p> <p><i>Marche.</i> — Quelque peu rapide.</p> <p><i>Caractères.</i> — Ganglions engorgés, surtout ceux du cou, sub-maxillaires du côté affecté, bien que la tumeur ne soit pas ulcérée.</p> <p>Tumeur limitée, ni dure ni molle, généralement localisée dans les régions tubaires ou dans les régions choanales, douloureuse à la pression et même presque spontanément, ayant une tendance à se propager dans les fosses nasales.</p>	<p><i>Age.</i> — De 30 à 50 ans.</p> <p><i>Marche.</i> — Lente.</p> <p><i>Caractères.</i> — Ganglions engorgés multiples, surtout les ganglions cervicaux dès le début de l'infiltration gommeuse.</p> <p>Tumeur diffuse, lisse, avec durété peu uniforme, qui cède à la pression indolente, sans tendance préférentielle dans sa diffusion. Exagération des réflexes. Antécédents syphilitiques.</p>	<p><i>Age.</i> — Depuis l'enfance jusqu'à l'âge de 20 ans.</p> <p><i>Marche.</i> — Très lente.</p> <p><i>Caractères.</i> — Absence de ganglions engorgés.</p> <p>Tumeur dure, <i>ligneuse</i>, parfaitement limitée et <i>fixe</i>, même à la pression, tendance à s'étendre vers le pharynx, les fosses nasales. Aucune aggravation des réflexes pharyngiens.</p> <p>Ne s'ulcère généralement pas, même lorsqu'elle détermine des hémorragies nasales.</p>
<p>Elle s'ulcère tardivement, produisant de fréquentes hémorragies par les fosses nasales, en raison de ce que la fusion se vérifie en pleine cavité naso-pharyngienne, avant que dans le pharynx oral.</p> <p>Ulcération mamelonnée et <i>carverneuse</i>, quelque peu dure et peu douloureuse.</p> <p>N'est modifié par aucun traitement, et est guéri rarement par la chirurgie.</p>	<p>S'ulcère prématurément avec une certaine rapidité, détermine des hémorragies, et au toucher l'on apprécie des bords et un fond fongueux, très douloureux.</p> <p>»</p> <p>Complète inefficacité des traitements employés jusqu'à ce jour.</p>	<p>Ulcération comme si elle était faite avec un emporte-pièces, qui produit des hémorragies peu intenses. Elle est à peine douloureuse, d'aspect mou, son fond et ses bords sont fongueux.</p> <p>»</p> <p>Le régime anti-syphilitique guérit cette manifestation tertiaire.</p>	<p>»</p> <p>L'opération pratiquée en temps opportun guérit cette affection.</p>

ses limites sont parfaitement marquées, est indolente, n'envoie aucune prolongation ni dans le pharynx, ni dans les fosses nasales et c'est à peine si elle détermine des altérations fonctionnelles, à part la sensation de gêne dans la respiration nasale et de corps étranger dans la cavité naso-pharyngienne.

Traitement. — En quelques mots je puis exposer mon opinion sur le traitement des tumeurs malignes du naso-pharynx.

Je ne crois absolument efficace aucun traitement pharmacologique, malgré que Mac Bride affirme que l'arsenic à l'intérieur et surtout le cacodylate, arrêtent le sarcome dans son évolution, et c'est par ces moyens que Heymann et Alexandre disent avoir obtenu deux cas de guérison, et malgré que Reck et Kuh soutiennent la possibilité de guérir l'épithélium à l'aide d'injections locales d'alcool. La quinine, le jus de violettes, etc., etc., préconisés par d'autres, ainsi que toutes les substances anciennes et modernes, étudiées en thérapeutique pourraient être également citées.

Les expériences cliniques faites avec le radium employé en injections hypodermiques locales auront-elles une chance aussi malheureuse dans les cas où l'on ne peut appliquer son action rayonnante ?

Vu ceci que, lorsque l'opération ne me donne aucun espoir, même celui d'*attente*, j'essaye d'*étouffer* ou d'enlever des éléments vitaux aux territoires superficiels de la tumeur, en faisant *in situ* des applications de dissolutions concentrées d'adrénaline et de phénol dans le but d'anémier la tumeur et les parties voisines, en même temps qu'ils se désinfectent et se nettoient des produits de sécrétion pathologique, ce qui nous permettra de donner au malade une amélioration tout au moins transitoire et quelque consolation dans son horrible calvaire physique et moral.

Par ce moyen, et avec les injections de morphine pour calmer les douleurs de l'insomnie, sans craindre la morphinomanie, je crois faire mon devoir en soulageant le malade, dans la mesure du possible, étant donné que pour l'instant nous ne possédons aucun autre procédé.

Le traitement chirurgical nous donne-t-il de meilleures garanties de succès ? Malheureusement, nous ne pouvons rien assurer sur ce point.

Le malade ne vient presque jamais nous consulter au *commencement du mal*, sinon, au contraire, lorsque la néoplasie est à tel point développée, qu'elle est inopérable ; même à cette époque, le diagnostic est très difficile, et pour cette raison les

indications chirurgicales sont négligées avec plus de facilité. Bien que l'opération soit acceptée par le malade, nous ne pouvons pas lui donner de garanties suffisantes de la non reproduction, même si celle-ci semble se présenter dans d'excellentes conditions, non en raison de la gravité plus ou moins grande de la tumeur, mais pour les conditions opératoires de la région où elle est implantée.

Mon pessimisme est occasionné par le triste résultat que nous montre la statistique.

Sur vingt cas, nous avons *un* opéré, mort par récurrence; *quatre* opérés dont on ignore le résultat, mais que nous pouvons, sans crainte de nous tromper, joindre au précédent; *trois* sont morts sans avoir été opérés; *onze*, dont on ignore ce qu'ils devinrent et qui ne furent point opérés, et dont il est *très étonnant* que nous n'ayons eu aucun renseignement sur leur mort; *un* seul reste en traitement palliatif, car nous ne pouvons faire autre chose, dont la funeste fin doit être pronostiquée.

Donc, sur vingt observations, nous avons vingt résultats malheureux, y compris les opérés et les inopérables.

Dans de semblables conditions et tant que la science ne me donnera pas *un moyen véritable* contre une aussi terrible et invincible maladie, j'opte pour le traitement pharmacologique local d'*attente* mentionné, joint à un régime général fortifiant et tonique.

IV

LE LARYNX DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE¹

Par **CHEVALIER JACKSON** (de Pittsburgh).

L'importance capitale de ce sujet sera mieux indiquée et frappera davantage, venant d'un médecin s'occupant de pathologie interne.

Le Dr John W. Boyce m'écrivait les lignes suivantes : « La question intéressante consiste à savoir s'il est possible que ces affections amènent une issue fatale, sans symptômes indiquant clairement la nature de l'accident.

« Théoriquement, il semble impossible qu'un individu meure asphyxié, sans symptômes remarquables d'asphyxie, en particulier la cyanose ; mais, l'observation m'a convaincu que le fait est malheureusement trop vrai, que ces malades meurent aussi tranquillement qu'un enfant s'endort et qu'on peut ne pas soupçonner le moins du monde ce qui arrive. Je suis persuadé qu'il en a été autrefois ainsi dans les cas où j'attribuais la mort au collapsus. Dans le premier cas de cette nature que je reconnus (bien qu'il ne soit guère possible que ce soit le premier cas que j'aie vu), un médecin assez intelligent avait vu le malade et n'avait pas pensé que cette dyspnée fût chose bien importante. Le patient fut amené dans la salle d'opérations où on devait le trachéotomiser par mesure de précaution, non dans la pensée que l'opération fût nécessaire, mais dans la crainte qu'elle ne le devint pendant la nuit, en l'absence du médecin. Tandis que nous faisons tranquillement nos préparatifs pour une opération systématique, je m'aperçus par hasard que le malade avait cessé de respirer. Heureusement le chirurgien était là, bistouri en main, et put intervenir sur-le-champ ; nous n'aurions pas eu le temps d'aller dans une autre pièce pour chercher un instrument ; quoi qu'il en soit, la respiration artificielle fut pratiquée pendant dix bonnes minutes après l'ouverture de la trachée, avant de laisser le malade respirer de lui-même. Dans le dernier cas que j'ai vu, le malade arrivait rapidement à l'apnée qui certainement aurait été fatale, si nous ne l'avions pas surveillé justement sur ce point ; nous avons été mis en garde par une légère modi-

1. Communication à la Société oto-rhino-laryngologique américaine, réunie à Boston, le 4 juin 1905.

fication de la voix, consistant non en enrouement, mais en aphonie que j'ai été accoutumé à attribuer au relâchement des cordes, dû à une faiblesse extrême, mais non à une lésion.

« Un point intéressant dans ce cas était le suivant : la pression sanguine, comme le montra le sphygmanomètre, s'éleva quand la trachée fut ouverte, au lieu de tomber, comme nous nous y attendions, lorsque l'asphyxie disparut. Il est cependant indubitable que ce malade avant l'opération avait, de la façon la plus urgente et la plus extrême, besoin d'air. »

LITTÉRATURE. Au lieu de parcourir la littérature, ce qui m'est interdit par le manque de temps, j'ai ajouté une bibliographie.

Les indications que je donne plus bas diffèrent radicalement sur plusieurs points de celles qu'on trouve dans la littérature. Je puis dire seulement que les pages suivantes sont le résultat d'observations cliniques faites et rapportées avec autant de soin que l'a permis le peu de temps que nous avions à notre disposition.

La grande fréquence de la fièvre typhoïde sous ses formes les plus graves, à Pittsburgh, à toutes les époques de l'année, nous fournit une excellente occasion d'études. Les observations suivantes ont été faites dans les salles du Western Pennsylvania Hospital.

En examinant ces observations, il faut se souvenir qu'elles furent toutes prises sur des malades d'hôpital, qui à l'entrée présentaient de la putridité buccale fétide, une toxhémie grave et un type morbide aggravé par la négligence, le travail pendant les stades de début, absence de régime, milieu anti-hygénique, etc.

Trois cent soixante cas furent observés durant tout le cours de la maladie. Nous constatâmes trois différents types : laryngite subaiguë sans solution de continuité de la muqueuse ; laryngite ulcéreuse ; périchondrite avec ou sans nécrose du cartilage.

Laryngite.

L'inflammation catarrhale subaiguë de la muqueuse du larynx existait dans deux cent vingt-sept cas sur trois cent soixante (63 %). Elle paraissait semblable à celle qui se produit comme affection indépendante, sauf que, pendant tout le temps, la surface était largement baignée par la sécrétion dont une grande partie provenait des organes respiratoires situés plus profondément.

Il semble naturel que le larynx participe à l'état catarrhal général des diverses surfaces muqueuses, surtout de celles de l'arbre respiratoire. S'il n'y avait pas quelques cas qui peuvent présenter des lésions plus sérieuses et quelquefois fatales, le

sujet n'aurait pas valu les deux ans d'études dont nous rapportons le résultat.

Laryngite ulcéreuse.

Fréquence. — Il est difficile de savoir si l'affection se rencontre souvent chez les malades du dehors, mais elle doit être plus rare qu'à l'hôpital. Nous ne trouvons pas dans la littérature des comptes rendus, dignes de foi, d'observations hospitalières, faites méthodiquement sur une grande échelle. Nous pouvons supposer que la fréquence varie dans les diverses épidémies, dans des pays, des conditions et des milieux différents.

Nombre examiné.....	360 cas
Laryngite ulcéreuse.....	68 — (18, 9 %)
Début par abcès du larynx.....	4 — (5, 9 %)
Trachéotomie nécessaire.....	8 — (11, 8 %)
Périchondrite avec nécrose.....	6 — (8, 8 %)
— sans —	11 — (16, 2 %)
Abcès dû à perforation.....	2 — (3, 0 %)
Trachéite ulcéreuse.....	9 — (13, 2 %)
— — avec perforation et emphysème	1 — (1, 5 %)
— — avec abcès du corps thyroïde	1 — (1, 5 %)
Foyers purulents éloignés.....	15 — (22, 0 %)
Avec otite moyenne aiguë suppurée.....	11 — (16, 2 %)
— <i>Phlegmatia alba dolens</i>	6 — (8, 8 %)
Morts.....	4 — (5, 9 %)

Bactériologie.

Le bacille de la fièvre typhoïde, même en l'absence d'autres micro-organismes, est, ainsi que l'ont démontré plusieurs observateurs, capable de produire du pus, bien que, sous ce rapport, il ne soit pas très actif sans l'aide ou l'action consécutive de coccus pyogènes. Divers auteurs l'ont trouvé dans des abcès de presque tous les tissus de l'organisme et ils le considèrent comme le facteur capital. Il me semble raisonnable de supposer, une infection (la syphilis) mise à part, que la nature du terrain est, dans toute infection, un facteur plus actif que la graine. Dans la fièvre typhoïde les conditions du terrain existent pour le développement rapide des coccus pyogènes. Dans les cas examinés, le bacille typhique fut trouvé dans la salive et dans la muqueuse, mais, non dans les abcès sous-muqueux. Il ne faut pas en conclure qu'après l'état du terrain, il peut ne pas avoir été le facteur essentiel. Il est plus probable, cependant, que les coccus pyogènes toujours existants ont trouvé le moyen de prendre pied dans une érosion ou une inflammation de la muqueuse causées ou par les bacilles typhiques venus du sang

qui circule dans les vaisseaux de la muqueuse, ou par la diminution de résistance des cellules et des liquides due à la toxémie ou par une gangrène de la muqueuse provoquée par l'anémie causée à son tour par une embolie ou une thrombose ou par une anémie ayant toute autre origine. Ou bien encore, le bacille typhique, provoquant une gangrène non inflammatoire du tissu peut avoir préparé le terrain à des bactéries pyogènes plus actives.

Le bacille d'Eberth a été trouvé dans la gorge, sur les lésions et en dehors d'elles, dans les sécrétions et dans la muqueuse. Cependant dans les cas avec lésions laryngées, il n'a pas été trouvé en plus grand nombre que dans ceux sans lésions de cet ordre. Mais, les cocci pyogènes étaient bien plus abondants dans les cas avec lésions laryngées, après, mais non avant que les ulcérations se fussent développées. Sur les quatre cas d'abcès, deux étaient du streptocoque pur, un du staphylocoque pur et un une alliance des deux microbes.

Dans un cas, trachéotomisé pour sténose, on trouva un abcès sous-glottique communicant avec le premier anneau de la trachée gangrenée. Le pus fut aspiré au moyen d'une seringue de Pravaz avant l'évacuation ; c'était du streptocoque en culture pure. Un examen soigneux ne décela pas de bacilles d'Eberth.

Sur les onze cas d'ulcérations qui eurent également une otite moyenne aiguë suppurée, nous constatâmes le fait remarquable que dans chaque cas les mêmes organismes pyogènes prédominaient dans les lésions laryngées. Ainsi, dans deux des cas d'abcès, présentant de la suppuration d'oreille, on trouva des streptocoques en culture pure. Dans les neuf autres cas, les ulcérations laryngées étant superficielles, il y avait, forcément, de l'infection mixte, mais les microbes prédominants correspondaient à ceux de l'oreille. Les détritits purulents examinés au microscope dans six cas contenaient des staphylocoques en grand nombre, dans quatre autres cas des streptocoques, mais, nulle part les microbes n'étaient en cultures pures ; ils étaient combinés à d'autres cocci. Les bacilles de Klebs-Löffler furent constatés, dans un cas, dans ces débris grisâtres seulement ; ils n'existaient pas dans un autre cas où il y avait un exsudat trachéal.

Les microbes pathogènes suivants furent trouvés dans les détritits des ulcères laryngés :

Streptocoques, staphylocoques dorés, staphylocoques blancs, pneumocoques, bacilles diphtéritiques.

Aspect laryngoscopique et pathologie clinique.

Tous ceux qui ont eu occasion d'étudier ces cas peuvent faire

le diagnostic par l'aspect du larynx et l'odeur de l'haleine qui est particulière, plutôt désagréable, sans être fétide. C'est un caractère distinctif d'avec la diphtérie.

La laryngoscopie n'est pas difficile, alors que le malade est couché, quand on y est habitué comme doit l'être tout laryngologiste. Il est bon d'avoir un miroir pourvu d'une lampe. Les sécrétions seront expectorées et la gorge débarrassée par le malade lui-même si c'est possible. La langue devra être maniée avec précaution ; on veillera à ce que son épithélium ne soit pas enlevé par la serviette. Il y a très peu de cas dans lesquels on ne puisse pas bien voir le larynx.

On peut ne constater que de l'œdème et rien de plus, les ulcérations étant cachées.

Dans un cas, on nota trois phlyctènes, une sur la face postérieure de l'épiglotte, une sur l'aryténoïde gauche et une sur la commissure postérieure. Elles contenaient du sérum sanguinolent et furent suivies d'ulcérations qui ne différaient en rien de celles qui débutent par escharification.

Dans un cas, un exsudat pseudo-membraneux revêtait le larynx et la trachée aussi loin que la vue s'étendait ; on put le déterger, sans qu'il laissât derrière lui une surface cruentée.

Nous avons observé quatre cas de taches purpuriques sur la muqueuse du larynx ; aucune d'elles ne fut suivie d'ulcération. L'un des malades eut une hémorragie sous-muqueuse et tous présentaient des taches de purpura sur la muqueuse et sur la peau.

La trachéite, sans ulcération, fut notée dans cent vingt-six cas. Beaucoup d'entre eux furent très bénins. Dans deux cas, on constata durant la vie que la trachée était ulcérée. Dans deux autres cas, on vit après la mort, au moyen de la bronchoscopie des ulcérations trachéales. Dans aucun cas, l'ulcération ne siégeait sur la paroi postérieure.

Dans les soixante-huit cas d'ulcérations laryngées, le siège est tel que nous l'indiquons plus bas, quelques cas ont présenté jusqu'à quatre ulcérations, et d'autres avaient de larges ulcérations à localisation étendue comprenant plusieurs régions :

Épiglotte.....	42	Commissure antérieure.....	4
Replis aryténo-épiglottiques	22	Région sous-glottique.....	3
Espace interaryténoïdien...	18	Trachée.....	4
Aryténoïdes.....	10	Bifurcation.....	2
Bandes ventriculaires.....	7	Bronches.....	2
Ventricule de Morgagni....	3	Cordes vocales.....	1

Il est remarquable que la fréquence soit d'une façon si visible

en relation directe avec la distance par rapport à la bouche, avec l'exception très frappante pour les cordes vocales qui étaient indemnes. Le seul cas où elles étaient ulcérées avait des antécédents syphilitiques ; tout s'améliora bientôt par le traitement spécifique.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, dans à peu près chaque cas de fièvre typhoïde, le larynx était le siège d'une inflammation catarrhale qui ne différait pas de la laryngite aiguë que vous connaissez. Dans cinq cas, le processus semblait très augmenté et la muqueuse, tellement son engorgement était intense, avait pris une couleur rouge cramoisi diffuse. Les petits vaisseaux se rompirent, probablement par la toux. Dans un petit nombre de cas, ces points hémorragiques devinrent plus tard le siège d'ulcérations. Chez beaucoup de malades, l'ulcération ne fut pas, d'une manière visible, précédée d'une augmentation diffuse de l'intensité de la laryngite.

Sur les soixante-huit malades avec ulcération, dix-huit avaient des ulcérations du type linéaire, chez six, elles étaient en forme d'Y ou ramifiées, et chez cinq elles étaient en forme de coins. Quelques-uns avaient aussi des ulcérations à contours habituels : ronds ou ovales.

Dans dix cas, le développement des ulcérations fut observé dès le début. Un œdème se montra sur une surface de la muqueuse ; il était extraordinairement allongé, parfois linéaire, de deux à quinze millimètres de longueur. Tout d'abord, la surface œdématisée était pâle ; au bout de quelques heures, la rougeur faisait son apparition. Au stade suivant, il survint une mince eschare grisâtre, comme si la muqueuse avait été badiageonnée légèrement avec une solution de nitrate d'argent. A travers l'eschare, on voyait que la région sous-jacente avait une couleur pourpre foncée. Dans l'espace d'un jour l'eschare se fêtrissait et devenait opaque et de couleur gris sale ; elle s'éliminait alors au bout d'un ou trois jours, laissant une ulcération peu profonde à bords au début mal délimités, avec un fond gris sale, ponctué, dans un petit nombre de cas et pour peu de temps, de taches rouge sombre. Plus tard les bords s'épaississaient et le fond se couvrait d'un exsudat gris sale. Dans certains cas, l'ulcération s'entourait d'une auréole de muqueuse engorgée, mais plus souvent les tissus paraissaient normaux jusque tout auprès des bords. La profondeur de l'ulcération semblait indiquée par l'épaississement des bords. Dès qu'elle avait atteint le péri-chondre, l'œdème faisait son apparition. Ces deux dernières constatations sont basées sur l'examen par en bas après trachéo-

tomie. Dans cinq cas trachéotomisés sur huit, les ulcérations avaient des bords épaissis et avaient atteint le périchondre ; dans les trois autres, il s'agissait d'abcès et non d'ulcérations.

Dans un cas, un abcès du corps thyroïde fut ouvert lors de la trachéotomie ; on constata de la gangrène du premier et du second anneau de la trachée. L'abcès avait pour parois les tissus du cou, mais il avait creusé sous la muqueuse trachéale qui était repoussée en avant, fermant ainsi presque complètement la lumière de la trachée. Le malade guérit rapidement.

Étiologie.

Au point de vue étiologique, il faut donner la première place à la toxémie typhique. Les altérations du sang, des tissus et des liquides organiques sont très profondes ; il faut tenir compte de cela quand on considère tous les autres éléments, sans cela, le facteur opératoire n'aurait pas la considération qui lui est dû. Les traumatismes locaux légers, les modifications pathologiques qui, à l'état de santé, guériraient naturellement, deviennent formidables en l'absence de force de résistance.

C'est un fait reconnu qu'un type spécial de complications peut caractériser une épidémie de fièvre typhoïde et un type différent, une autre épidémie. A Pittsburgh, nous avons la fièvre typhoïde en permanence et non sous forme épidémique. Cependant, on peut remarquer qu'une saison a une certaine tendance à présenter la prédominance d'un type de complications. Il faut faire entrer ceci en ligne de compte dans l'examen des facteurs étiologiques. Il doit y avoir une cause pour cette prépondérance. Quand le type principal de la complication est purulent et survient dans un hôpital ou une institution, la conclusion naturelle est qu'il est infectieux et qu'il a pour origine un cas antérieur. Ce fait était particulièrement remarquable dans les complications purulentes du Western Pennsylvania Hospital, qui cessèrent forcément après qu'on eut fait disparaître les défauts existant dans la technique de la désinfection des salles, lits, matelas, oreillers ; défauts découverts et redressés par le Dr Thomas Arbuthnot. Cependant les arguments basés sur cette observation présentent quelques points faibles. On note la même tendance vers un type dans des cas très éloignés et placés dans des milieux différents. Il faut noter aussi la prédisposition aux complications laryngées dans certaines épidémies de diphtérie. Un autre point faible est que les complications laryngées de la fièvre typhoïde dans l'établissement mentionné, ne dimi-

nuèrent pas dans les mêmes proportions que les complications du côté de l'oreille.

Un cas sur soixante-huit (1, 47 %) se produisit avant le troisième septénaire. Donc 98, 53 % survinrent après le vingt et unième jour. Chez huit malades qui moururent avant le vingt et unième jour, on ne constata pas de lésions laryngées. Sur huit malades qui moururent après le vingt et unième jour, il y avait des ulcérations laryngées chez deux d'entre eux. Ces seize examens furent faits sur le cadavre avec un miroir laryngien pourvu d'une lampe, dans les cas où l'autopsie ne fût pas permise; ils ne sont pas compris dans les trois cent-soixante cas étudiés méthodiquement.

Ces faits font ressortir l'existence après la troisième semaine d'un facteur étiologique qui n'existe pas auparavant.

Quels sont les caractères de la fièvre typhoïde à la troisième semaine et aux semaines suivantes, si on les compare à la période précédente? Sensibilité au froid, amaigrissement rapide, souvent brusque, résistance infime des tissus et des liquides organiques, phénomènes de thrombose, troubles ganglionnaires, pneumonie et broncho-pneumonie, début des désordres inflammatoires et purulents, chute des eschares des lésions intestinales. Le plus mauvais moment de l'élévation de température est passé, mais les troubles qu'elle a causés persistent.

Les probabilités étiologiques peuvent être classées comme suit :

Facteurs prédisposants.

1. Décubitus dorsal.
2. Diminution du réflexe de la toux.
3. Diminution de la fréquence de déglutition.
4. Diminution de la résistance et affaiblissement de la phagocytose ou de son équivalent, dus à la toxhémie, etc.
5. Augmentation de la virulence des micro-organismes qui prolifèrent dans les voies aériennes.
6. Intensité de l'infection générale :
 - a) Pyrexie.
 - b) Toxhémie.
7. Faiblesse de l'apport sanguin au larynx, prédisposant à la nécrose.
8. Affection antérieure à la fièvre typhoïde.
 - a) Locale.
 - b) Générale (syphilis).
9. Courants d'air, surtout quand le malade est en transpiration.

10. Milieu mauvais au point de vue hygiénique. Salles d'hôpital encombrées.

11. Hydrothérapie :

- a) Affusions à l'éponge.
- b) Tub.
- c) Enveloppement humide.
- d) Enveloppement à la glace.
- e) Vessie de glace sur la tête.

12. Remèdes.

13. Age.

14. Sexe.

15. Nationalité.

16. Profession.

Facteurs déterminants.

17. Infection par :

a) Le sang. Bacilles d'Eberth ou coccus pyogènes contenus dans des embolus infectés ou flottant librement.

b) Érosions par traumatisme dû à la toux ou aux vomissements.

18. Thrombose :

a) Caillot aseptique (stase).

b) Embolus infectieux (classés plus haut).

c) Endophlébite.

19. Infection buccale.

1. Je ne crois pas que le décubitus dorsal puisse favoriser la thrombose hypostatique. Tous ceux qui jetteront un coup d'œil dans une salle d'hôpital verront que le larynx de presque tous les malades est plus élevé que tout autre portion du corps, la face exceptée; les différences sont légères et varient suivant l'arrangement des oreillers. Mais il semble probable que les cartilages du larynx en s'affaissant, puissent, pour ainsi dire, pincer la muqueuse entre eux et les vertèbres lorsque le malade est couché.

2. La diminution du réflexe de la toux est un facteur qui agit en favorisant l'incubation des microbes et le développement de cultures plus virulentes dans les sécrétions accumulées.

3. La diminution de la déglutition peut agir de la même façon.

4. Diminution de la résistance.

Brieger et Ehrlich ont démontré la diminution de la résistance des tissus dans la fièvre typhoïde. Chez les typhiques, l'injection de musc fut suivie d'œdème malin, alors que chez d'autres malades, elle était inoffensive.

Il y a quelques années, Liebermeister écrivait : « Quand on étudie de près sur le vivant et aux autopsies les manifestations et les conséquences multiples de la fièvre typhoïde, on aura l'impression que dans les cas graves, la résistance de tous les organes sans exception est réduite au minimum, et qu'il y a une tendance extraordinaire à la destruction des tissus. » Ceci exprime l'aspect clinique des facteurs prédisposants. C'est un état probablement provoqué par l'action des toxines sur les cellules et il est mis en lumière par la formation rapide (en vingt-quatre heures, souvent) de vastes abcès en diverses régions du corps. Il est raisonnable de conclure que la vulnérabilité de la muqueuse respiratoire puisse être augmentée, car cette dernière est, plus que tout autre tissu, exposée aux cocci pyogènes.

Pendant le temps où ces observations étaient recueillies, la vigilance la plus attentive ne put découvrir d'ulcérations laryngées dans d'autres affections que la fièvre typhoïde; il y eut, cependant, une exception remarquable : un cas de tuberculose pulmonaire qui nous fut expédié par erreur et que nous ne pûmes renvoyer. Il se produisit des ulcérations laryngées, alors que le patient séjournait dans une pièce contiguë à la salle des typhiques. Les ulcérations n'étaient pas tuberculeuses et ne pouvaient pas être distinguées de celles de la fièvre typhoïde; cependant l'odeur de l'haleine faisait défaut.

5. La probabilité de l'augmentation de virulence n'a pas été étudiée, mais elle mérite de l'être.

6. Comme nous l'avons indiqué, le facteur étiologique principal est la fièvre typhoïde. Elle rend la muqueuse vulnérable et permet à d'autres facteurs, qui sans cela resteraient inactifs, d'entrer en activité. A la différence des complications des exanthèmes, la laryngite ulcéreuse compliquant la fièvre typhoïde, est, quant à la probabilité de son apparition, quant à sa marche et à sa terminaison, en relations très étroites avec la gravité de l'infection principale. Sous la rubrique de : Fréquence, nous avons mentionné qu'une enquête, faite parmi les médecins qui s'occupent de pathologie interne, a démontré que ceux qui exercent dans les quartiers pauvres voyaient quelquefois des cas de complications laryngées, alors que ceux qui exercent parmi les classes aisées n'en voyaient pas du tout. Les raisons de l'existence de cas graves dans les quartiers pauvres semblent être la continuation du travail au début de l'affection (quelques individus travaillent avec une température de 103° Fahrenheit), la consommation d'un régime ordinaire, les malades se forçant souvent à manger malgré l'anorexie, dans l'espoir, dû à l'ignorance, de

conserver leurs forces. Bien des ouvriers, au stade du début, en font des cas ambulatoires, alors qu'un individu plus aisé se mettrait au lit et serait vu deux fois par jour par son médecin et serait l'objet d'attentions constantes de la part de deux garde-malades bien stylées qui feraient suivre le régime et exécuter les prescriptions. Une autre raison peut être dans les habitudes de malpropreté et le milieu non hygiénique des pauvres. L'importance du bain dans la prophylaxie est incontestable.

Mes comptes rendus montrent que sur soixante-huit cas de laryngite ulcéreuse, soixante et un (89, 7 %) survinrent dans des cas dans lesquels la température dépassa 104°, 2 Fahrenheit tous les jours pendant une semaine ou davantage, et chez vingt-trois malades (33, 8 %) la température atteignit 105°. Dans un bon nombre de cas, tous les autres symptômes marchèrent de pair avec la température, qui indiquait la gravité. Il n'y eut pas de laryngite chez les malades dont la température ne dépassa pas 103°. En étudiant la température, il faut se souvenir qu'à l'exception d'un petit nombre de cas où on ne le jugea pas nécessaire, les malades furent soumis aux affusions dès que la température dépassa 103°. Les enveloppements humides et, dans quelques cas, les enveloppements glacés furent employés quand l'affusion ne réussissait pas à abaisser la température.

Ziemssen pensait que la fièvre était le facteur le plus important de la diminution de résistance des tissus ; il préconisait le traitement antipyrétique comme le meilleur moyen de prévenir les complications laryngées. Mes comptes rendus démentent l'influence étiologique de la fièvre. Sur dix cas qui, pour d'autres raisons, ne furent pas soumis aux affusions, deux (20 %) eurent des ulcérations laryngées. C'est à peu près la même chose que le chiffre de tous les cas, soixante-huit sur trois cent soixante (18, 8 %). Il semblerait donc que c'est la toxhémie qui diminue la force de résistance et que la fièvre n'est qu'un indicateur de la toxhémie.

Quant à l'effet des antipyrétiques autres que l'hydrothérapie, on ne peut avoir de chiffres, car il n'y en a pas d'autres employés par les médecins de cet hôpital.

7. La probabilité étiologique d'une insuffisance d'apport sanguin doit être considérée à la façon d'une stase pathologique.

8. Les affections locales des voies aériennes supérieures ont été fidèlement consignées, mais elles semblaient n'avoir aucune importance sauf sur trois points, Sur soixante-huit cas de laryngite ulcéreuse, dix (14 %) respiration par la bouche, treize (19 %) avaient de la laryngite chronique et soixante-six (97 %)

présentaient de l'infection buccale fétide, avec dents très cariées ; sur les six cas de périchondrite, trois (50 %) étaient des colporteurs ; quand on les admit à l'hôpital, ils avaient de la laryngite chronique.

Quelques observations semblaient indiquer que la syphilis est un facteur dans l'étiologie de l'ulcération. Les commémoratifs auxquels, on le sait, on ne peut guère se fier, étaient moins que jamais utiles, à cause de la stupeur causée par la toxhémie, à cause de l'absence d'un interprète ; ce qui rendait souvent impossible la distinction entre la syphilis et la blennorrhagie.

Donnons cependant les chiffres pour ce qu'ils valent ; les commémoratifs pour la syphilis étaient :

Positifs, dans huit cas (11, 7 %).

Négatifs, dans quarante et un cas (60, 3 %).

On ne put les obtenir dans dix-neuf cas (27, 9 %).

Le traitement spécifique donna un résultat rapide et marqué dans presque tous les cas. Mais les iodures de mercure et de potassium sont de bons stimulants des excrétions, rendent des services en « fouettant » l'appareil excréteur surmené et aident ainsi à débarrasser l'organisme des toxines éberthiennes. Cela affaiblit donc la valeur expérimentale du traitement. En général, la syphilis favorise les suppurations ; il en est de même de la fièvre typhoïde ; sans doute la collaboration des deux infections augmente la tendance.

9, 10, 11 et 12. Un plan des lits montrerait qu'un lit placé près d'une porte fut occupé par sept cas successifs de laryngite ulcéreuse. Aucun autre n'eut plus de deux cas à son actif. Cette porte s'ouvrait sur un petit corridor plein de courants d'air et donnant sur une pièce occupée par des éviers, des bouches d'égouts et des lieux d'aisance. Ce corridor, à cause de ces conduites défectueuses, (refaites depuis) était toujours suraéré, ce qui faisait que le courant d'air venait frapper le lit en question. Je ne puis déterminer la part qui revient à ces conduites défectueuses, aux courants d'air tombant sur les malades, à la stérilisation incomplète de la literie, car tout a été refait ; bien que j'aie un faible pour les recherches expérimentales, je ne pouvais, certes, amener la réinstallation de ces horreurs, l'une après l'autre, pour déterminer la part relative de chacune. Je préfère les faire figurer en bloc comme des facteurs étiologiques importants.

Indubitablement, l'encombrement des salles est un agent étiologique.

Quant aux effets du courant d'air, je dois reconnaître que je suis incapable de démontrer en quoi un courant d'air sur une

peau en transpiration diffère d'un enveloppement humide froid. Si l'exposition aux courants d'air provoque la laryngite dans certaines conditions, pourquoi ne pourraient-ils pas aussi la provoquer dans la fièvre typhoïde?

Le Dr W. Boycè a adopté la pratique de supprimer les affusions dans certains cas, sans s'occuper de la température.

Il ne conseille pas non plus l'enveloppement glacé. Il donne peu de stimulants et de nourriture. D'autres médecins de l'hôpital donnent les stimulants et la nourriture en plus grande abondance; les stimulants sont principalement la strychnine et le whiskey; quelques-uns usent largement de l'enveloppement glacé. Le Dr Laurence Lichtfield a fait, sur une large échelle, l'essai de plusieurs remèdes tels que l'acétosone et le gaïacol. Quelques malades aimaient à avoir sur la tête une vessie de glace, qu'on leur laissait continuellement, tandis que d'autres s'y opposaient; on ne l'employait point chez eux. Des tableaux renfermant tous les détails seraient trop volumineux, mais le résultat des observations de tous ces divers traitements nous amène à conclure que l'hydrothérapie y compris l'enveloppement glacé, les vessies de glace sur la tête (on n'a pas employé les réfrigérateurs à tubes), les remèdes y compris les stimulants, la nourriture sont absolument nuls comme facteurs étiologiques de la laryngite ulcéreuse, à l'exception de l'enveloppement glacé qui a quelques preuves contre lui.

13. L'âge des malades atteints de laryngite ulcéreuse variait de 16 à 55 ans, mais 71% d'entre eux étaient entre 20 et 30 ans.

14. Dans les salles de femmes, sur soixante cas de fièvre typhoïde, il y eut trois cas de laryngite ulcéreuse médiane. En moyenne, les cas de fièvre typhoïde chez les femmes étaient de nature moins grave que chez les hommes; sans doute parce que au début de l'affection, elles se mettent plutôt au lit et aussi pour d'autres raisons reconnues. Ces trois cas furent des cas très graves. Mais comme ceci nous ramène purement et simplement à la gravité de l'infection générale, nous ne pouvons pas dire que le sexe est un facteur.

15. La nationalité par rapport à l'étiologie est un fait intéressant. Voici quelles étaient les nationalités sur soixante-huit cas de laryngite ulcéreuse :

Arabie.....	1	Russie méridionale.....	7
Autriche-Hongrie.....	25	Russie septentrionale....	} 2
Irlande.....	2	Pays slaves.....	
Italie.....	21	Syrie.....	1
Pologne.....	4	États-Unis (nègres).....	3
		États-Unis (blancs).....	2

La prédominance de naturels des pays méridionaux est intéressante, bien qu'il faille tenir compte du milieu et du fait que, maintenant, ils constituent notre classe ouvrière.

16. *Métier*. Il est digne de remarque que trois cas de péri-chondrite se produisirent chez des marchands ambulants qui annoncent leur marchandise dans les rues en criant du haut de leur voiture. Quand ils entrèrent à l'hôpital, ils avaient de la laryngite chronique avec hyperplasie et dilatation des capillaires de la muqueuse.

17. *Infection*. Il y a de nombreux arguments dans la littérature pour démontrer que les lésions laryngées sont de vraies lésions glandulaires typhiques, semblables aux lésions intestinales. Évidemment, il est possible que le tissu lymphoïde du larynx soit infecté par le bacille typhique, mais s'il en est ainsi, étant donnés les cas rapportés ici, cela se produit tardivement alors que l'immunité est déjà établie.

Sur les soixante-huit cas, un seul (1, 47%) se produisit pendant la première semaine; c'était une inflammation diffuse, débutant dans le tissu lymphoïde du larynx. Ce cas était, sans doute, une inflammation typhique vraie de ce tissu, bien que l'examen bactériologique local fût négatif. Ce fut, du reste, le seul cas que nous pûmes ranger sous cette rubrique. Les soixante-sept autres cas survinrent tous si tardivement au cours de la maladie qu'on ne pouvait les considérer comme des lésions typhiques vraies, comme les lésions des plaques de Peyer. Les réinfections intestinales se produisent à cette période tardive; on peut regarder les lésions laryngées comme étant de cette nature, bien que ce ne soit pas mon opinion. Les contours de ces ulcérations ainsi que leur localisation contredisent le fait admis dans la littérature que ces lésions sont des ulcérations typhiques spécifiques ayant leur point de départ dans le tissu glandulaire. Sur soixante-huit cas, quarante-deux (61, 8%) avaient des ulcérations sur ou près du bord libre de l'épiglotte à un endroit où le tissu adénoïde n'existe pas.

L'invasion pyogénique locale favorisée par le traumatisme semblait expliquer quelques-uns des cas. Les causes principales du traumatisme sont le « pincement » mentionné en parlant du décubitus dorsal et la toux. La toux due à une affection des bronches existait dans presque tous les cas graves de fièvre typhoïde. Évidemment, cette toux irrite le larynx, favorise les érosions et l'inflammation, bien qu'elle soit, naturellement très nécessaire pour débarrasser les voies aériennes de sécrétions infectantes. Un séjour de ces dernières plus prolongé que

lorsque la réflexe de la toux a son activité normale, favorise le développement de ces cultures virulentes.

Nous eûmes deux cas très manifestes d'invasion pyogénique locale. Chez tous les deux, un flot de pus venu d'une otite moyenne aiguë suppurée s'écoulait dans le pharynx et le larynx par l'ouverture de la trompe d'Eustache. Les ulcérations étaient extrinsèques (limitées à la muqueuse de l'épiglotte et à la muqueuse postérieure du cricoïde) et guérissent rapidement après incision du tympan avec drainage par une mèche à travers le conduit auditif externe.

18. La période et la soudaineté de l'apparition, unies à l'aspect laryngoscopique déjà décrit, surtout les contours linéaires, en coin, ou ramifiées, indiquent qu'une thrombose locale est un des principaux facteurs prédisposants.

Pour l'étiologie de cette thrombose, c'est au début un caillot aseptique dû à la stase, ou provoqué par l'endo-phlébite, par l'endartérite, ou si c'est une embolie (septique ou aseptique), je n'ai que deux résultats d'autopsie à offrir. Deux cas avec des ulcérations linéaires et ramifiées avaient de nombreux infarctus des poumons et des reins. Ce furent les deux seules autopsies. Naturellement, les artères du larynx ne sont point des artères terminales et ne sont pas aussi sujettes à l'infarctus que celles des reins et des poumons, mais l'occlusion artérielle peut, par ischémie, favoriser la nécrose limitée et l'envahissement bactérien.

L'étiologie par embolie exigerait un foyer originel dans les poumons ou dans le cœur gauche ou à la périphérie près des artères du larynx. Il est à regretter qu'on n'ait pas rapporté la fréquence de lésions endocardiaques, et d'autres lésions possibles reposant sur l'embolie.

On peut faire quelques objections à la théorie de la thrombose. Le nombre de cas de laryngite ulcéreuse associée à la *phlegmatia alba dolens* était peu élevé (six). Chacun d'eux avait des ulcérations du type linéaire. On peut dire que la phlébite et la thrombose fémorales sont des complications fréquentes dans la clientèle alors que l'ulcération laryngée est rare. Et de fait, je dois avouer que, hors des hôpitaux, je n'ai vu qu'un seul cas de laryngite ulcéreuse. Mais il faut se rappeler que jamais je n'ai eu l'occasion dans la clientèle privée d'examiner méthodiquement la gorge des typhiques. L'ulcération peut être fréquente, et, comme le fait ressortir le Dr Boyce, elle n'est pas reconnue, bien qu'elle soit en fait la cause d'une issue fatale.

19. La « sepsie » buccale est en rapports étroits avec l'infec-

tion. Son rôle semble si évident qu'il n'y a pas besoin de le prouver.

La glossite existait dans deux cas ; dans l'un d'eux, par extension, elle provoqua la périchondrite, la nécrose du cartilage, et un abcès avec ulcération consécutive.

Symptomatologie.

Je considère comme mon devoir d'indiquer dès le début que tous les symptômes classiques d'affection laryngée peuvent ne pas exister ou être si peu marqués qu'ils échappent à l'attention, masqués qu'ils sont par l'affection générale. Voici, rangés par ordre, les symptômes locaux qu'on peut observer :

Douleur et sensibilité ;

Stridor ;

Dyspnée ;

Dysphagie ;

Déglutition douloureuse ;

Dysphonie ;

Phonation douloureuse ;

Enrouement ;

Toux croupale ;

Gonflement externe au niveau du cartilage thyroïde.

L'expectoration est masquée par l'expectoration bronchique.

Les symptômes généraux qu'on voit occasionnellement sont : recrudescence de la fièvre, prostration extrême avec les symptômes des approches de la mort causée par la toxhémie et l'épuisement. La fièvre, comme dans tous les états consécutifs à la fièvre typhoïde, fait ordinairement partie du type propre à la maladie générale. Dans un petit nombre de mes observations, la complication laryngée atteignit le stade de sténose si longtemps après la toxhémie générale que la dyspnée revêtit la forme ordinaire. Mais dans l'état de faiblesse où se trouve le typhique dont le sang est profondément empoisonné, nous ne rencontrons pas les symptômes que nous voyons ailleurs. Chez quatre malades, que la trachéotomie sauva de l'asphyxie, il n'y avait pas les symptômes que nous sommes habitués à chercher : pas de position assise sur le séant, pas d'ouverture de la bouche, ni stridor, ni lutte, ni activité violente des muscles accessoires de la respiration, pas de cyanose, etc. Chez trois autres, il existait une légère cyanose et les patients faisaient quelques efforts, tandis que dans un petit nombre de cas seulement, il y avait une lutte véritable pour avoir la respiration.

La *dyspnée*, quand elle existe, peut être due à l'œdème, à

l'occlusion de la lumière des voies aériennes par un abcès faisant saillie, occlusion de la glotte par un débris de tissu nécrosé ou escharifié, affaissement de la charpente cartilagineuse par la nécrose, immobilisation ou paralysie des abducteurs des cordes.

L'enrouement est le symptôme le plus fréquent; l'aphonie vient en seconde ligne.

La *toux*. — La toux ordinaire de la fièvre typhoïde existait dans 50 (5, 9%) des 68 cas; mais, dans 36 cas seulement sur 50, on peut dire qu'elle changea de caractère après l'apparition des lésions du larynx. Chez un petit nombre, elle devint rauque et croupale.

L'apparition des symptômes, en prenant la moyenne de ceux qui en présentèrent, eut lieu le trente-unième jour. L'apparition de l'ulcération eut lieu dans tous les cas, en moyenne le vingt-deuxième jour.

Diagnostic.

Il est facile, si on examine le larynx régulièrement. Si l'on se fie à l'apparition des symptômes, qu'on les surveille, on n'en diagnostiquera pas plus d'un sur dix et, comme l'a fait ressortir le Dr Boyce, un certain nombre de malades mourront sans que le diagnostic ait été fait, même dans les cas où l'état du larynx est la cause réelle de la mort.

Pronostic.

Quoad vitam, le pronostic est bon si on considère l'affection à part de l'infection primitive originelle. Si la surveillance est faite par quelqu'un expert à manier le laryngoscope, il y a peu de danger, pourvu que l'on suive les règles indiquées au traitement. Pratiquement, cependant, il n'est pas possible de scinder le diagnostic et, si l'on remarque que la lésion laryngée survient dans les cas profondément toxhémiques, on peut dire que le pronostic, quant à la vie, repose en entier sur l'état général du patient. C'est un fait de statistique que sur les 68 malades, aucun ne mourut, soit des lésions laryngées, soit de la trachéotomie faite pour y porter remède. Un seul trachéotomisé mourut, mais de toxhémie. Sur les 68 cas, il y eut 4 morts (5, 8%); l'un mourut de rechute avec perforation intestinale, deux de toxhémie et un mourut de pneumonie. La mortalité (5, 8%) semble très basse, si l'on réfléchit que c'étaient tous des cas graves; mais il faut se souvenir que l'ulcération laryngée se montrait quand les malades étaient en convalescence et avaient doublé le cap des dangers les plus grands. C'est au delà de la

connaissance humaine, évidemment, que de savoir combien de cas de fièvre typhoïde, à issue fatale dès le début, auraient eu, s'ils avaient vécu, des lésions du larynx. Dans trois cas, l'ulcération amena la perforation des tissus mous du cou, mais, dans aucun cas, il n'y eut ni cellulite, ni inflammation violente des tissus extralaryngés.

Aucun malade ne doit mourir de complications laryngiennes. Le plus grand danger pour la vie c'est qu'on ne reconnaisse pas l'existence de la lésion du larynx. C'est à tort qu'on regarde la trachéotomie comme une opération dangereuse. On a mis à son passif trop de morts qui devaient, justement, être attribuées à l'état qui réclamait cette intervention. Comme naturellement ce sont les cas profondément intoxiqués qui acquièrent des lésions laryngées ulcéreuses, le pronostic *quoad vitam* doit être réservé, mais non à cause de dangers provenant du larynx.

La voix. — Dans 45 cas sur 68 (66, 2 %), les ulcérations guérissent sans altération de la voix ou de la structure; il ne restait pas de cicatrice visible. Dans 8 cas, il y eut une déformation permanente sans perte de la voix et sans sténose. La sténose, demandant une intervention chirurgicale pour permettre de faire quitter la canule trachéale, se produisit dans 5 cas, qui tous recouvrèrent une voix utilisable, rude, cependant, et de timbre incertain. On peut toujours éviter la sténose cicatricielle si on suit les conseils indiqués au traitement. Si elle est due à ce qu'on a négligé de pratiquer la trachéotomie de bonne heure, elle peut guérir par la thyrotomie et le tubage prolongé. Quant à la paralysie et à l'immobilité, elles cessent au bout de quelque temps d'altérer la voix, bien que leur action de sténose ne disparaisse que par l'opération.

Traitement.

Dans les cas de laryngite ulcéreuse qui sont des lésions typhiques primitives, dans ceux aussi qui sont d'origine hémotogène et dus à l'embolie, à la thrombose ou aux microorganismes pyogènes ou typhiques apportés par le courant sanguin, il n'y a aucun espoir à fonder sur la prophylaxie. Mais, même dans ces cas, je n'hésite pas à dire que si on les surveille de près et si on les traite avec jugement, aucun ne doit arriver à la nécrose du cartilage et à la déformation du larynx par sténose. Ces complications surviennent dans les cas découverts tardivement et dans ceux où la fétidité de la bouche, une muqueuse non soignée et une trachéotomie trop longtemps différée favorisent une vaste destruction des tissus.

Donc, la prophylaxie doit tâcher de faire échec aux diverses infections mixtes qui se déchainent.

La chambre. — Il faudra que l'air soit aussi exempt que possible de microorganismes pyogènes; on évitera tous les courants d'air froid, surtout si le patient transpire. Les matelas, les oreillers, toute la pièce, seront stérilisés par une fumigation complète. Dans les salles d'hôpital, on veillera à ce qu'il n'y ait pas d'encombrement.

Le malade. — Le premier soin est de veiller, de façon attentive et suivie, à l'antisepsie buccale (l'asepsie étant impossible). On aura recours aux soins d'un dentiste; on fera un brossage quotidien des dents avec une brosse douce, si les gencives sont sensibles; il sera suivi d'un nettoyage avec la solution à 1/2, à 1 % d'acide phénique, avec le borax, le bicarbonate de soude, le menthol; l'alcool et l'eau camphrée sont les agents les plus agréables, les plus rafraîchissants et en même temps ceux qui nettoient le mieux. On engagera le patient à débarrasser fréquemment son larynx. Les aliments et l'eau seront stérilisés. Au point de vue laryngologique, on n'aura pas recours à l'enveloppement glacé, à moins que cela ne soit jugé nécessaire pour prévenir un degré fatal d'hyperpyrexie.

Je ne recommande pas les pulvérisations dans le nez, à moins qu'il y ait tendance à l'accumulation de croûtes et de sécrétions desséchées. Ordinairement, le drainage naturel postérieur du nez, favorisé par le décubitus dorsal, suffit à maintenir cet organe en état de propreté.

Dans toutes les précautions prophylactiques, il faut se souvenir que tout ce qui irrite ou ennuie le malade nuit à son état général, de sorte que nous devons être très certains que ce que nous faisons a une utilité incontestable. La toilette régulière de la bouche est agréable pour le patient et est une chose excellente, aussi bien en se plaçant au point de vue de l'otologiste que du médecin traitant, et cela n'ennuie pas le malade.

Dans les cas de syphilis, le traitement spécifique donna des résultats rapides. Dans les cas qui peuvent le supporter, il donna aussi de bons résultats, sans doute en stimulant les excrétions et en aidant à l'élimination des toxines.

L'inhalation de benjoin mêlé à l'eau chaude est très utile. On peut remplir la pièce de vapeurs provenant d'eau maintenue à l'ébullition et à laquelle on ajoute de la teinture de benjoin composée.

Dans la sténose œdémateuse aiguë, la solution d'adrénaline (1 p. 1000) (ou toute préparation analogue) en pulvérisation,

permet de gagner du temps et de passer un moment dangereux ; mais cela peut devenir périlleux si on est amené à différer trop longtemps la trachéotomie.

Le tubage est inutile dans l'œdème et pire qu'inutile dans la paralysie des abducteurs. Si on l'emploie dans ce dernier cas, l'occlusion de la glotte mettrait fin à tout et le tube serait rejeté.

Des cinq cas de sténose cicatricielle, trois ont été guéris par la thyrotomie, suivie du tubage. Ils ont des voix bonnes, quoique rauques, les plaies de trachéotomie sont bien guéries et le calibre du larynx est large. La méthode a été indiquée par Ewing Day et moi, dans un article lu à la section mixte de la Société en 1904. Un malade, le dernier, est encore en traitement ; un autre a été guéri par un tubage prolongé, fait avec de grands tubes spéciaux.

Si on veille avec soin, et qu'on fasse la trachéotomie de bonne heure, la nécrose du cartilage avec ses conséquences : déformation du larynx, sténose, altération de la voix, tout cela peut être prévenu. Après une trachéotomie faite de bonne heure, toutes les lésions s'évanouissent comme par enchantement. L'impossibilité de supprimer la canule trachéale indique qu'on a trop retardé la trachéotomie.

La médication directe de l'intérieur du larynx se fait facilement par la plaie de trachéotomie, bien que ces cas semblent guérir rapidement sans remèdes après ouverture de la trachée. Les abcès, si on le désire, pourraient être incisés par voie endolaryngée ; mais il faut auparavant avoir fait tous les préparatifs pour la trachéotomie, car elle pourrait devenir urgente. Pour ma part, je conseillerai la trachéotomie avec incision consécutive de l'abcès par la plaie.

Quant à la trachéotomie, elle est pour ainsi dire bénigne si l'on a recours à l'anesthésie par la méthode d'infiltration de Schleich, si l'opération se fait sans perte de sang, si le malade est dans la position de Trendelenburg pour l'opération et le jour qui suit l'intervention. Si l'on tente la trachéotomie avec l'anesthésie générale, elle se termine habituellement alors par l'arrêt de la respiration et par la mort. Car, au choc dû à l'anesthésie générale, nous avons ajouté la perte de sang, le manque de temps pour l'hémostase. Il y a quelques jours, le Dr Boyce fit l'anesthésie locale avec la solution saline chez un garçon de quinze ans qu'on avait effrayé (avant qu'il entrât à l'hôpital), en lui disant qu'il mourrait sur la table d'opérations. Il ne fit aucune résistance et ne ressentit aucune douleur quand je pratiquai la trachéotomie.

La toxhémie et aussi la narcose due à l'acide carbonique réduisent l'urgence de l'anesthésie générale chez les typhiques, bien qu'il ne faille pas laisser un malade en arriver jusqu'à la narcose par l'acide carbonique. Quand les centres respiratoires sont profondément intoxiqués, la guérison peut devenir impossible.

Je me suis arrêté longtemps sur ce sujet, car j'ai là-dessus un sentiment bien défini. Nous trouvons dans la littérature le fait étonnant de trois typhiques, avec complications laryngées, considérés comme trop faibles pour supporter la trachéotomie, et qui vécurent encore deux jours après qu'on eut décidé qu'ils n'avaient pas assez de force pour résister à l'opération. D'après leurs observations, ils moururent, évidemment, du défaut de trachéotomie.

Périchondrite et chondrite.

La périchondrite et la chondrite sont si intimement associées, qu'au point de vue clinique on ne peut pas les séparer.

Le faible apport sanguin aux cartilages du larynx, diminué par le manque de circulation produit par la toxhémie et réduit encore par la stase, est, sans nul doute, un des facteurs étiologiques les plus importants de la nécrose.

Sur les 17 cas de périchondrite, 4 débutèrent comme des abcès et 13 furent dus au creusement d'ulcérations superficielles.

Les cartilages atteints étaient par ordre de fréquence : les aryténoïdes, le cricoïde, le thyroïde et les cartilages annulaires de la trachée. Il fut impossible de déterminer cliniquement si les petits cartilages de Santorini et de Wrisberg étaient, eux aussi, atteints.

L'épiglotte, qui est le plus fréquemment le siège d'ulcérations, ne fut, dans aucun cas, frappée de périchondrite, parce qu'elle est mieux irriguée par le sang.

Je voudrais pouvoir démontrer, au point de vue pathologique, qu'il existe une diathèse purulente. Tous les médecins voient et connaissent un type de malade chez lequel toute inflammation arrive à la suppuration. Bien de ces cas d'abcès et de nécrose semblaient rentrer dans cette catégorie.

Je crois, en outre de cela, que, comme cause de la nécrose du cartilage, la syphilis est un élément fondamental, non pas tant comme lésion active que comme facteur prédisposant.

Résumé.

De l'examen laryngoscopique de 360 cas de fièvre typhoïde, je conclus que :

1° Les lésions graves et fatales du larynx sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit ;

2° La mort peut se produire par sténose laryngée, sans que même on ait soupçonné une lésion au larynx, si on ne fait pas la laryngoscopie. On ferait rarement le diagnostic en se fiant à la douleur et à l'enrouement. La douleur est souvent masquée par la toxhémie ; la cyanose et la dyspnée sont rares ; l'apnée est fréquente ;

3° A la différence des complications des exanthèmes, la laryngite ulcéreuse compliquant la fièvre typhoïde est, quant à la probabilité de son apparition, sa marche et sa terminaison, en relations très étroites avec la gravité de l'affection primordiale ;

4° La gravité de la lésion laryngée est en rapport direct avec la toxhémie ; la pyrexie n'est pas en elle-même un facteur, mais seulement un indicateur de la toxhémie ;

5° La thrombose des vaisseaux du larynx dans la muqueuse, ou plus profondément, est probablement la lésion initiale la plus fréquente ;

6° Les infections pyogènes mixtes sont la règle. Les lésions laryngées, dues au bacille d'Eberth, sont extraordinairement rares ;

7° Le pronostic *quoad vitam* est bon, en faisant abstraction de la maladie générale. Si la trachéotomie est faite de bonne heure, non seulement la vie sera sauvée, mais les fonctions vocales et respiratoires du larynx seront sauvegardées. La mort par les lésions laryngées signifie mort par défaut de trachéotomie précoce ;

8° La prophylaxie consiste en : bonne aération, sans courants d'air, literie stérile, antiseptie buccale, aliments et eau stérilisés ;

9° *Traitement.* — L'iodure de potassium, le biiodure de mercure, les inhalations de benjoin, l'antiseptie buccale, voilà les meilleurs remèdes. La trachéotomie faite de bonne heure avec l'anesthésie locale (solution de Schleich) guérira presque chaque cas.

Il me reste à remercier le Dr Ewing Day pour les idées qu'il m'a inspirées, les Drs John W. Boyce, Lawrence Lichterfield, Thomas Arbuthnot et C. Cameron, pour leur aide bienveillante, ainsi que les Drs Ralph Duffy et Joseph Barach, pour leurs travaux de bactériologie et d'anatomie pathologique.

Pour terminer, je répète qu'il faut surveiller le larynx des convalescents de la fièvre typhoïde ou plutôt celui des malades en état de défervescence.

BIBLIOGRAPHIE

- HAUSHALTER. Rev. méd. de l'Est., mai 1901.
 TUFFON. Thèse de Montpellier, juillet 1900.
 H. J. DUPUY. New Orleans Parish Med. Soc., juin 1902.
 L. B. LOCKYARD. N. Y. Med. Jour., juin 30, 1900.
 KOBLER. Centralbl. f. in Med., Leipzig, n° 1, 1900.
 WAGGETT. Trans. Lond. Laryng. Soc., 1900.
 M. H. FUSSELL. Univ. Med. Mag. Phila., août 1900.
 M. H. FUSSELL. Jour. Am. Med. Asso., mai 26, 1900, p. 1336.
 C. COMPAIRED. El Siglo med., no 15, 1900.
 J. P. C. GRIFFITH. Arch. Ped. N. Y., mai 1900.
 F. A. PACKARD. Ibid.
 JOPSON. Ibid.
 FRANZ SCHMIDT. Archiv für Ohrenheilkunde, no 4, 1901.
 G. KOBLER. Weiner Klinische Rundschau, no 17, 1899.
 KEEN. « Surgical Complications of Sequels of Typhoid Fever », 1898.
 KANTHACK and DRYSDALE. Journal of Laryngology, Rhinology and Otology, avril 1896.
 JOHNSON HORNE. Ibid.
 WATSON WILLIAMS. Ibid.
 FELIX SEMON. Ibid.
 SCHULTZ. Berliner Klinische Wochenschrift, no 34, 1898.
 STRAZZA. Internationales Centralblatt für Laryngologie, novembre 1900.
 J. P. CROZIER-GRIFFITH. Annals of Gynaecology and Pediatrics, mars 1900.
 E. BENDIX et A. BICKEL. Deutsche Medicinische Wochenschrift, juin 5, 1902.
 ALEX. LAMBERT. Medical Record, avril 14, 1900.
 M. H. FUSSELL. N. Y. Medical News, mai 12, 1900.
 W. E. ROBERTSON et C. C. BIEDERT. American Medicine, décembre 28, 1901.
 L. D. BROSE. N. Y. Medical Journal, février 15, 1900.
 F. ALAN. G. MURRAY. American Medicine, mars 7, 1903.

RÉFÉRENCES

- MARSDEN. Laryngeal Affections in Typhoid. Prog. Med., mars 1901.
 VINCENT. Œdème de la glotte. Arch. Heb. de Chir. (Paris), 1900, p. 868.
 Vereins Deutsches Med. Niehnes, 1900.
 MURRAY. Ludwig's Angina Complicating Typhoid. Amer. Med., 1903.
 Paralysis Post. Crico-arytenoid Muscle in Typhoid. Soc. Col. of Phys., Phila., 1901.
 BENNET. Laryngeal Perichondritis. Brit. Med. Jl., vol. I, 1898, p. 499.
 CUSHMAN. Laryngeal Complications in Typhoid. Nothnagels Ency. Prac. Med., p. 239, 1902.
 DUFFY. Laryngeal Necrosis in Typhoid. Brit. Med. Jl., vol. I, 1898, p. 499.
 CROLY. Ibid.
 PARSONS. Ibid.
 WISHART. Post-Typhoidal Ulceration and Abductor Paralysis of the Larynx in Typhoid. Philadelphia Med. Jl., vol. III, 1901.
 GRIFFITH. Stenosis of the Larynx in Typhoid. Arch. Pediatrics, mai 1900.
 WILLIAMS. Laryngeal Complications in Typhoid. Diseases of Upper Respiratory Tract, etc., 1901.
 BERGGUM. Laryngeal Edema in Typhoid. Annals of Oph. and Otol., 1896.
 ADAMS. A Case of Typhoid Fever Complicated by Laryngeal Diphtheria. Nat. Med. Review Wash., vol. VII.
 Arch. de Laryngol., 1905. N° 5.

- ADAMS. Laryngeal Complications in a Case of Typhoid Fever, Journ. Oto. Rhino-Laryngol. Espa., Madrid, 1898, vol. I.
- EJENED. A case of Laryngeal Perichondritis during Typhoid. St. Petersburg, vol. VII.
- LAMBERT. Laryngeal Complications in Typhoid. Progress. Med., 1901, p. 200.
- MAYER. Laryngeal Perichondritis resulting from Typhoid. Trs. Amer. Laryngological Assn., mai 1903. Ibid. N. Y. Med. Record, Sept. 17, 1904.
- EWING W. DAY and CHEVALIER JACKSON. Laryngeal Stenosis from Post-typhoid Perichondritis. Annals of Otol. Rhin. and Laryngol., mars 1904.
- BONNER (J. J.). Typhoid. Fever, Aphonia in Typhoid. Fever. Med. et Surg. Reporter. Phila., 1879, XLI, 42.
- CUSHING (E. W.). Pseudo-membranous Laryngitis Complicating Typhoid Fever and Causing Death : With preliminary history of the case by W. B. C. TIFFIELD. Boston, M. S. J. 1882, CVI, 432-437.
- DUFFY (G. F.). Necrosis of the Laryngeal Cartilages after enteric Fever. (perichondritis typhosa). Dublin J. M. Sc., 1881 — 3. s., LXXI, 555-557.
- JACKSON (J. B. S.). Unusual Appearances in the Larynx in Two Cases of Typhoid Fever-Am. J. M. Sc., Phila., 1855-w. s., XXIX-347. Cf. aussi Extr. Rec. Boston-Soc. M. Improve. (1854-5, 1856. II, 163).
- WILKS. Ulcerated Larynx in Typhoid Fever producing General Emphysema. Lancet, Lond., 1857, II, 649.
- DUFFY (Sir G. F.). Typhoid Fever, Necrosis of the Laryngeal Cartilages after Enteric Fever. Proc. Path. Soc, Dublin, 1880-82, N. S., IX, 10.
- . Ibid. Laryngeal Necrosis in Enteric Fever. Tr. Roy. Acad. M. Ireland, Dublin, 1897-8, XVI, 43-53. Cf. aussi (Abstr.) : Brit. M. J., Lond., 1898, I, 499.
- FINNEY (J. M.). Laryngeal Ulceration in the Advanced Stage of Typhoid Fever. Tr. Roy. Acad. M. Ireland, Dublin, 1897-8, XVI, 90-92.
- FUSSELL (M. H.). Laryngeal Perichondritis Complicating Typhoid Fever. J. AM. M. Aso., Chicago, 1897, XXIX, 17. Cf. aussi (Abstr.) Tr. Path. Soc. Phila. (1893-5), 1896, XVII, 120-122.
- KAUTHACK (A. O.). Ulceration of the Larynx in the Course of Typhoid Fever. Drysdale (J. H.) St. Barth. Hosp. Rep., Lond., 1895, XXXI, 113-120.
- LEMKE (A. F.). Perichondritis Laryngea Complicating Typhoid Fever. Chicago. M. Recorder, 1897, XIII, 112-118.
- MAC COY (A. W.). Observations on Laryngeal Paralysis Dangerous to Life, Occurring During the Progress of Typhoid Fever. Univ. M. Mag. Phila., 1898-9, XI, 431-433.
- MARSDEN (R. W.). Typhoid Affections of the Larynx. Med. Chron., Manchester, 1899-1900, 3, s., II, 252-262.
- OSLER (W.). Clinical Remarks on a Case of Typhoid Fever Complicated with Bronchitis and Laryngitis. Maryland M. J. Balti. 1894, XXXI, 1-3.
- STOLTERFOTH. A case of Typhoid Fever Complicated by Cellulitis, Hemorrhage and Oedema of the Glottis : Tracheotomy; Recovery. Lancet, London, 1889; I, 682.
- TRESILIAN. Throat Lesions in Enteric Fever. Canada Lancet, Toronto, 1897-8; IV, 299.
- WEST (S.). Necrosis of Epiglottis and Right Arytenoid Cartilage in Typhoid Fever. Tr. Path. Soc., London, 1881-2; XXXIII, 37.

Traduction par MENIER (de Figeac).

MUGUET IDIOPATHIQUE CHEZ DES ADULTES EN BONNE SANTÉ

Par **Eugen POLLAK**, de Graz (Autriche).

Le muguet atteint principalement les nourrissons aux premières semaines de leur existence, surtout quand la force de résistance de leur organisme est diminuée par un processus morbide. Mais, les nourrissons sains sont aussi atteints de muguet, quoique beaucoup plus rarement ; mais c'est alors une affection bénigne qui guérit en quelques jours par un traitement approprié.

Les enfants âgés de quelques années sont atteints de muguet presque exclusivement à la période ultime d'affections consomptives graves. Chez les adultes, le muguet ne se rencontre presque que dans les maladies graves, aussi bien dans les processus chroniques et cachectisants tels que : phtisie pulmonaire, tuberculose des membranes séreuses ou du canal intestinal, carcinome, leucémie, diabète, maladie de Bright, qu'au cours ou dans la convalescence de maladies infectieuses aiguës ou subaiguës qui épuisent les patients : fièvre typhoïde, septicémie puerpérale, scarlatine, diphtérie, influenza. En règle générale, dans ces cas, le pronostic du muguet varie avec la gravité de l'affection originelle. Cependant, le muguet lui-même peut, alors que la maladie primordiale est relativement peu grave, amener un épuisement si complet des forces, que, surtout chez les vieillards, la mort peut en être la conséquence. Nous pouvons citer comme exemple une observation de Mettenheimer : une femme de quatre-vingts ans fut atteinte d'influenza et de muguet buccopharyngien. Elle ne voulut pas suivre de traitement ; son état s'aggrava et elle mourut au bout de dix à douze jours.

Dans les maladies aiguës peu graves, il est très rare de voir le muguet se développer. Löri et Altmann décrivent chacun un cas dans lequel le muguet fit son apparition au cours d'une pneumonie croupale. Dans le cas d'Oppenheim, l'affection qui nous occupe se montra, après la disparition de la fièvre, chez une femme de cinquante-six ans, atteinte depuis dix jours d'une périostite costale aiguë. Le malade âgé de vingt-cinq ans, vu par Monnier, eut du muguet dans la convalescence de brûlures

étendues de tout le corps. Le patient de Gage souffrait d'une gastrite alcoolique qui n'est pas décrite avec détails. Srebrny raconte le cas d'un homme de vingt-huit ans, robuste et en bonne santé, qui trois jours après une orgie où il avait eu des vomissements, vint le consulter pour du muguet. Il n'y avait pas de fièvre, l'état général n'était pas troublé, par suite l'affection stomacale était insignifiante.

De même, il est rare de voir le muguet survenir au cours de l'anémie chronique simple ou de la syphilis secondaire. Eichhorst cite un cas de muguet existant depuis un an et demi, chez une jeune fille de vingt ans, très anémique depuis plusieurs années, amaigrie et pâle, dont les organes internes étaient en bon état. Malheureusement, il ne dit rien du sort ultérieur de la malade. Teissier constata le muguet chez une femme de vingt-trois ans, syphilitique, au sixième mois de la grossesse, et qui avait depuis assez longtemps des plaques muqueuses de la bouche et du pharynx, mais, présentait un état général satisfaisant.

Je vais maintenant décrire une observation personnelle qui se distingue des cas cités plus haut en ce que le muguet se montra chez une personne adulte en bonne santé parfaite, c'est donc dire qu'il fut idiopathique.

Il s'agissait d'une cuisinière de 21 ans, de taille moyenne, en bon état de nutrition, chez laquelle, le 23 avril 1902, j'évacuai un abcès péri-amygdalien du côté gauche; la guérison se produisit en quelques jours. Cette personne revint le 26 juin, c'est-à-dire deux mois plus tard. Elle avait très bonne mine et s'était fort bien portée dans l'intervalle. Une semaine avant, elle avait eu ses règles qui avaient duré quatre jours. Le lendemain soir, c'est-à-dire l'avant-veille du jour où elle vint me consulter, elle avait eu des douleurs à la gorge avec fièvre peu intense; elles augmentèrent peu à peu et atteignirent leur maximum d'intensité dans la nuit et le matin du jour de sa visite. Au moment où je la vois, il n'y a pas de fièvre, les douleurs de gorge n'existent qu'à la déglutition et ne sont pas violentes.

A l'examen de la cavité buccale, tout le voile du palais, jusqu'à son union avec la voûte, les deux replis intermaxillaires, les deux piliers antérieurs et la luette sont rouges et ont un aspect velouté; toute cette région est sèche et recouverte d'un enduit blanchâtre disséminé sous forme de points dont la dimension varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, et qui fait quelque peu saillie. Sur sa moitié gauche, la luette porte un groupe de plaques isolées, saillantes, arrondies, de la dimension d'un grain de chénevis. La partie antérieure de la cavité buccale, les lèvres, les gencives et toute la langue sont indemnes, leur muqueuse n'a subi aucune modification; la muqueuse des joues n'est rouge qu'à sa partie postérieure, surtout

dans la région de la saillie interdentaire gauche; en cette région, elle semble superficiellement déchiquetée à cause d'un enduit très mince, gris blanchâtre, presque transparent et comparable à un voile. Ces dépôts ou enduits s'enlèvent très facilement à la joue, au voile et aux piliers sans qu'on lèse la muqueuse sous-jacente. Ce n'est que sur le voile au voisinage de la luette et sur celle-ci que l'enduit blanc adhère solidement et ne peut que difficilement s'enlever à l'aide des pinces, ce qui fait saigner quelque peu la muqueuse. Partout ces enduits sont isolés, à l'exception du dépôt mince, semblable à un voile pseudo-membraneux de la joue gauche. Les amygdales et la paroi postérieure du pharynx, la base de la langue, les replis glosso-épiglottiques, les sinus pyriformes et l'intérieur du larynx ne présentent aucune altération pathologique; seule, l'épiglotte porte sur ses bords quelques petites taches blanchâtres. L'examen microscopique de plusieurs de ces enduits montre qu'ils sont formés de filaments et de spores d'*oidium albicans* et de nombreuses cellules épithéliales. Je prescrivis une solution iodée (iode pur 1 gr. Alcool rectifié 10 gr. Eau 200 gr.) en fréquents lavages de la bouche et du pharynx; la malade devra en avaler aussi de temps en temps la valeur d'une cuillerée à bouche.

Le 27 juin l'enduit avait disparu à peu près partout; on trouvait encore un dépôt peu abondant, gris blanchâtre seulement au repli intermaxillaire droit et la saillie interdentaire de la joue gauche. Le voile du palais est encore plus rouge que la veille; il y a encore quelques douleurs à la déglutition. L'examen général fait soigneusement indique que les organes internes sont en parfait état. Badigeonnage des régions malades avec l'alcool au sublimé à 1 %. Les gargarismes seront continués.

Le 30 juin, l'enduit a disparu de partout; les muqueuses atteintes sont encore assez rouges. Plus de mal de gorge, mais, il y a un peu d'enrouement; la muqueuse du larynx est légèrement rouge. Guérison complète au bout des cinq jours qui suivent.

Le 6 février 1904, j'eus de nouveau l'occasion de traiter la même personne pour une angine lacunaire menstruelle; dans l'intervalle elle avait toujours été en bonne santé. Son état général était également bon.

On trouve dans la littérature très peu d'observations semblables sur le muguet idiopathique des adultes sains. B. Frankel et Schech disent bien qu'ils ont plusieurs fois observé cette affection; cependant je n'ai pu trouver d'indications précises que sur dix-huit cas qui furent décrits par: Mettenheimer (deux cas), Mlinik, Lõri, Freudenberg (deux cas), Seifert (deux cas), Bentzen (trois cas), Braxdenberg (deux cas), Grünwald, Schech, Raoult et Finck (deux cas), et Srebrny.

Tenant compte de la rareté de l'affection chez les individus adultes sains, la question est mise en avant de savoir si son

développement n'est pas hâté par des causes déterminées. A ce sujet, nous sommes frappés de voir que dans quelques-uns des cas décrits, il existait un état général que certes l'on ne peut pas qualifier de morbide, mais qui s'écarte cependant quelque peu de la santé parfaite. Ainsi, la vieillesse est très favorable à la fixation du parasite du muguet, car l'énergie vitale des organes et par suite de la cavité buccale et l'activité des glandes salivaires sont très diminuées et dans la muqueuse sèche il peut survenir plus facilement des lésions de l'épithélium ainsi que des états catarrhaux, dont le développement est favorisé par la malpropreté de la cavité buccale si fréquente chez les vieillards. Parmi les cas décrits, il y en a deux qui concernent des vieillards de quatre-vingt-quatre et de quatre-vingt-douze ans; ce sont ceux de Mettenheimer; cet auteur regarde aussi la stomatite comme un facteur qui prédispose les vieillards au muguet.

La menstruation, la grossesse, l'état puerpéral sont encore des états qui s'écartent de l'état normal. La diminution de résistance de l'organisme féminin au moment des règles se manifeste par la fréquence de l'angine menstruelle, laquelle récidive souvent à toutes ou à presque toutes les menstruations. Le cas que j'ai décrit rentre dans cette catégorie. A cette classe appartient encore la malade de Srebrny, âgée de trente-trois ans et au sixième mois de la grossesse. Bentzen rapporte aussi le cas d'une femme de vingt-trois ans, qui se leva huit jours après l'accouchement et fut, quelques jours après, atteinte de muguet; le nouveau-né demeurera indemne.

En dehors de ces états qui amènent un affaiblissement de l'énergie de tout l'organisme, la prédisposition locale de la cavité buccale et pharyngienne joue un rôle particulier dans l'infection par le muguet. Ceci ressort du fait que dans presque la moitié des cas on indique des altérations minimales des organes de la gorge, ce qui permet de conclure à l'existence fréquente d'un état d'irritation de la muqueuse avant l'apparition du muguet. Ainsi, Mlinik constata chez son malade une pharyngite chronique, Seifert dans son premier cas la tendance aux amygdalites. Dans un cas de Bentzen, il y avait depuis un an et demi des catarrhes fréquents de la gorge; dans un autre, il y avait eu, un mois avant l'apparition du muguet, de la toux avec expectoration. L'instituteur dont Freudenberg rapporte l'histoire avait eu beaucoup à parler avant d'être atteint; son pharynx et son larynx étaient donc dans un état d'irritation récente. La malade enceinte de Srebrny, de laquelle nous avons déjà parlé, se plaignait de douleurs de gorge depuis déjà trois semaines

avant l'apparition du muguet et ma malade, deux mois avant d'avoir le muguet, avait eu une périamygdalite purulente, après laquelle il était sans doute resté un léger état d'irritation de l'isthme pharyngien et peut-être aussi des dépôts de microcoques.

Chez le deuxième malade de Freudenberg, il n'y avait pas de trouble des organes de la gorge de noté, mais, par contre, il était constamment exposé à l'infection venant de sa femme atteinte de carcinome et de muguet. Dans le deuxième cas de Seifert et dans ceux de Grünwald et de Brandenburg, il y avait des troubles digestifs passagers. Dans les autres cas de Bentzen, de Schech et de Raoult et Finck, il n'est mentionné aucune cause particulière donnant naissance au muguet.

Donc, même chez les adultes en bonne santé, il y a des circonstances qui favorisent la fixation de l'agent de cette affection.

Ces facteurs prédisposants peuvent être :

1^o Modifications générales de l'organisme produisant une diminution passagère ou permanente de sa résistance, à savoir : altérations de la vie sexuelle chez les femmes, menstruation, grossesse, état puerpéral, parfois aussi peut-être la ménopause, la vieillesse.

2^o États catarrhaux d'irritation locale de la muqueuse de la bouche et des voies aériennes supérieures. Souvent il y a combinaison entre les facteurs prédisposants locaux et généraux.

Il est probable qu'habituellement la fixation du muguet est précédée d'une affection inflammatoire de la muqueuse, de même que les pédiâtres supposent pour le muguet infantile l'existence antérieure d'une stomatite érythémateuse, qui, d'après Stooss, aurait pour agents les staphylocoques et les streptocoques. Cependant, il n'est pas impossible que dans beaucoup de cas des lésions simples de l'épithélium dues à des causes mécaniques suffisent, sans qu'il y ait de catarrhe de la muqueuse, à favoriser la fixation du muguet.

L'état objectif de la muqueuse atteinte n'est pas bien différent chez l'adulte de ce qu'il est chez l'enfant. La muqueuse est rouge, lâche et extraordinairement sèche. Sur elle apparaissent des dépôts délicats, blancs, punctiformes, semblables à du givre, qu'on peut enlever facilement au début ; quand ils ont augmenté, ils forment de petites plaques rondes saillantes au-dessus de la surface du voisinage, elles sont blanches et ressemblent à des grumeaux de lait caillé ; leur grandeur varie ; elles adhèrent solidement aux couches sous-jacentes et quand on les enlève la

muqueuse saigne quelque peu. Au cours ultérieur de l'affection, les plaques isolées peuvent former un « gazon » continu ; c'est ce qu'on voit chez les adultes sains, mais seulement quand ils sont âgés ; tandis que la forme disséminée est la règle. La guérison se fait par l'élimination des couches épithéliales envahies par le champignon. Mais la localisation du muguet présente des différences remarquables chez les nourrissons et chez les adultes. Chez les premiers, l'affection débute habituellement à la partie antérieure de la cavité buccale et atteint les commissures, les joues, la face interne des lèvres, la langue, les gencives ; ce n'est que plus tard que le palais et le pharynx sont atteints. Chez les adultes sains, au contraire, le voile du palais et la luette sont presque exclusivement le point de départ de l'affection qui plus tard aussi se limite à ces régions et aux piliers ; les dépôts en d'autres régions sont peu considérables quant au nombre et à l'étendue. La langue, les joues, la voûte palatine, les lèvres, les gencives restent ordinairement indemnes. Ce n'est que chez les vieillards que l'aspect du muguet ressemble à celui du nourrisson. Dans deux cas seulement rapportés par Bentzen et par Raoult et Finck, les organes de la moitié antérieure du cavum buccal furent atteints aussi sur leur plus grande étendue. La base de la langue est rarement frappée, les replis glosso-épiglottiques, la face linguale et les bords de l'épiglotte le sont le plus souvent. Dans le cas de Lõri, la muqueuse laryngée était malade à un très haut degré ; la face postérieure de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, les bandes ventriculaires et la paroi postérieure du larynx étaient atteints. Sur dix-sept cas, où la localisation de l'affection est indiquée, la bouche était en cause quinze fois, le pharynx quatorze fois, le larynx cinq fois, l'œsophage une fois.

Dans un seul cas cité par Raoult et Finck, se développa en même temps que le muguet un abcès péri-amygdalien qui se vida en quelques jours. Il n'y avait pas lieu à un examen bactériologique du pus. Probablement, l'abcès était causé par les microcoques pyogènes ordinaires, auxquels le champignon du muguet avait préparé une porte d'entrée. La pénétration du champignon dans le tissu conjonctif ou dans les vaisseaux sanguins des muqueuses et les complications telles que : métastases du muguet, n'ont jamais été observées chez l'adulte. Cette maladie est une affection bénigne, à pronostic favorable et guérit en quelques jours ou en une ou deux semaines. Il n'y eut d'exception que pour la malade de Lõri, âgée de cinquante ans, laquelle mourut alors que le muguet ayant duré six mois avait

envahi la bouche, le pharynx, le larynx, l'œsophage ; peut-être une autre maladie était-elle en cause, car l'autopsie ne fut pas faite.

Les troubles des malades consistent surtout en douleurs à la gorge, à la déglutition ; avec un traitement convenable elles ne durent que quelques jours, mais, elles sont ordinairement très intenses. Parfois il y a de la fièvre, surtout au début de l'affection : elle est peut-être aussi seulement causée par l'inflammation catarrhale prodromique de la muqueuse due à d'autres micro-organismes. On ne mentionne que dans un cas la réaction acide de la salive.

Le diagnostic du muguet se fonde sur l'état clinique et sur l'examen microscopique. L'aspect clinique est caractérisé par le dépôt blanc, jaune blanchâtre, blanc grisâtre, granuleux, sec, semblable à des gouttes, disséminé. Plusieurs fois, l'affection fut considérée comme de la diphtérie et une fois presque confondue avec la syphilis. La confusion n'est pas bien facile avec la syphilis ; bien plutôt, l'hyperkératose amygdalienne de Siebenmann ou l'herpès pharyngien surtout avec des vésicules toutes petites, peut amener une ressemblance passagère. Mais il y a des cas dans lesquels l'aspect clinique seul ne rend pas le diagnostic possible. Troisier et Achalme ont décrit une angine crémeuse chez un typhique, ayant l'aspect clinique du muguet, mais provoquée par une vraie levure. Herzfeld a observé deux cas de mycose qui, au point de vue clinique, étaient complètement semblables au muguet, mais, étaient produits par des levures ; dans le premier cas, la mycose survint chez un homme assez âgé au cours d'une pneumonie par influenza ; les champignons recouvraient tout le larynx et tout le pharynx ; le deuxième cas était celui d'une jeune fille de vingt ans chez laquelle le pharynx, la cavité buccale et la langue étaient recouverts de dépôts gris. L'examen microscopique ne montra que l'existence d'éléments ovoïdes, soit isolés, soit réunis en grand amas, soit formant des bourgeons. La mycose sarcinique (Friedreich) peut provoquer sur la luette et les piliers des dépôts semblables à ceux du muguet. La confusion peut se faire avec la diphtérie quand le muguet forme un feutrage confluent ou des angines pseudomembraneuses, comme Teissier et Monnier l'ont décrit. De plus, les streptocoques et les staphylocoques peuvent former des dépôts dans la cavité buccale, le palais, les amygdales et le pharynx ; ces dépôts simulent le muguet (pseudo-muguet de Grasset). Enfin, pour le diagnostic différentiel nous avons à tenir compte des angines pseudomembraneuses produites par le diplocoque

de la pneumonie de Frankel, — Weichselbaum, le bacille de Friedlander, les spirilles de Vincent ou le microcoque tétragène (Monnier).

Dans les cas douteux, l'examen bactériologique assure le diagnostic. Le plus souvent, le diagnostic sera rendu possible par le simple examen microscopique, car on reconnaîtra le mycélium et les spores de *Oidium albicans*. Les filaments sont transparents comme du verre, à double contour, divisés en plusieurs segments, ramifiés et portent à leurs extrémités des renflements en massues : les sporanges. Entre le plexus des filaments et de leurs ramifications, on voit, le plus souvent groupées les spores rondes ou ovales, à contours bien marqués, et très réfringentes; tantôt, elles sont à fines granulations, tantôt, elles contiennent un ou deux noyaux. De plus, on voit quelques leucocytes, de nombreuses cellules épithéliales et divers micro-organismes. Si l'examen microscopique ne donne pas assez de renseignements, la culture devient nécessaire, on pourra aussi suivant les cas avoir recours au diagnostic par le sérum des lapins vaccinés (méthode de Raoult et de Finck).

Le traitement du muguet chez l'adulte sain consiste dans l'emploi de médicaments antiparasitaires. Chez les enfants, on emploie avec succès surtout la solution boratée. Je recommande chez l'adulte le badigeonnage local des régions malades avec une solution alcoolique à 1 % de sublimé (bichlorure d'Hg 1 gr., alcool absolu 100 gr.) et l'emploi d'une solution hydro-alcoolique d'iode (iodé pur 1 gr., alcool absolu 10 gr., eau 200) en gargarismes.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTMANN. *Intern. klin. Rundschau*, 1892.
 BENTZEN. *Tidskrift for practisk Medicin*, 1890.
 BRANDENBERG. *Corresplatt f. Schweizer Aerzte*, 20 novembre 1893.
 EICHHORST. *Handbuch der spec. Pathol. und Therapie*, 1883.
 FRANKEL B. *Realencyklopaedie von Eulenburg*, 1898. Pharynxkrankheiten.
 FREUDENBERG. *Centralblatt f. klin. Med.* 1886.
 FRIEDREICH. *Virchows Archiv.*, 1864.
 GAGE. New-York Acad. of. Med. *Laryngoscope*, 1902.
 GRASSET. Études sur le muguet. *Thèse*, Paris, 1894.
 GRÜNWALD. Atlas ü. Grundriss d. Krankh. d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Nase, 1902.
 GUIMBRETIERE. Essai sur l'angine pseudomembraneuse due au muguet. *Thèse*, Toulouse, 1896.
 HERZFELD. *Berl. med. Gesellschaft. Berl. klin. Woch.*, 1897.
 LÖRI. Veränderungen d. Rachens, Kehlkopfes u. d. Luftröhre, 1885.
 METTENHEIMER. *Memorabilien*, tome VIII, 1863.
 METTENHEIMER. *Allg. Wiener med. Zeitg.*, 1894.
 MLINIK. Ueber den Soorpilz. *Dissertation*, Berlin, 1877.

MONNIER. *Gaz. méd. de Nantes*, 1896, cit. par GUIMBRETIERE.

MONNIER. *Archiv. internat. de laryngol.*, 1904.

OPPENHEIM. *Gazeta lek.*, Warszawa, 1900.

RAOULT et FINCK. *Archiv. internat. de laryngol.*, 1899.

SCHRECH. *Krankheiten der Mundhöhle, etc.*, 1902.

SEIFERT. *Revue de laryngol.*, 1889.

SEIFERT. *Archiv für Laryngol.*, 1893.

SREBRNY. *Archiv für Laryngol.*, 1904.

STOOS. Cit. par KRAUS, *Krankh. der Mundhöhle*, 1897.

TEISSIER. *Arch. med. exp.* 1895, cit. par GUIMBRETIERE.

TROISIER et ACHALME. *Int. Centr. f. Laryngol.*, tome XI.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

VI

ÉPILEPSIE JACKSONIENNE A CRISES SUBINTRANTES COÏNCIDANT AVEC UN ARRÊT BRUSQUE DE SUPPURATION AURICULAIRE CHRONIQUE¹

Par **MASSIER** (de Nice).

Diagnostiquer un abcès extra-dural ou endo-cranien d'origine otique est devenu, grâce à nos connaissances en pathologie auriculaire, une chose relativement facile ; mais il est beaucoup plus délicat d'établir une filiation entre des phénomènes d'excitation cérébrale sans symptomatologie bien définie et une otorrhée chronique. Nous avons eu l'occasion d'observer en même temps qu'un arrêt d'une suppuration auriculaire ancienne, l'apparition d'états épileptiformes avec intégrité absolue de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité. Ce cas, qui, après une succession discontinue de crises des plus violentes, eut une issue rapide, paraît agrandir le cadre de certains accidents cérébraux à pathogénie obscure qu'on n'osait mettre sur le compte de lésions auriculaires coexistantes.

OBSERVATION. — A. V..., 8 ans 1/2, nous est amené le 14 mai 1904 pour un écoulement bi-auriculaire abondant accompagné de surdité complète.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : a été opéré très jeune de cataracte. Le 17 décembre 1903 a une scarlatine assez violente sur laquelle vient se greffer, huit jours après, une diphtérie à symptomatologie assez inquiétante. Le 28 décembre, les deux oreilles sont le siège d'un écoulement profus, surtout à gauche, apparu sans réaction douloureuse. C'est à partir de ce jour une succession d'accidents de toute nature. Paralyse partielle du voile du palais, paralyse faciale du côté gauche, hémiplegie du même côté. Pendant tout le mois de janvier 1904, l'enfant, dont l'oreille continue à couler et dont l'audition diminue avec une grande rapidité, souffre de rhumatismes ? du côté gauche avec impotence fonctionnelle et surtout d'un torticolis très douloureux. La mastoïde est, paraît-il, un peu rouge, un peu sensible à la pression. Vers la fin de janvier 1904, apparition d'un abcès dans l'angle supéro-interne de l'orbite gauche, d'où l'on donne issue à du pus épais. Presque en même temps se déclare une tuméfaction au

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, session de mai 1905.

niveau du canal lacrymal droit, d'où l'incision fait sortir une assez grande quantité de pus. La fièvre, sans être très forte, est persistante, et une exacerbation se produit quelques jours après l'abcès du canal lacrymal gauche, en même temps que se produit autour de cette dernière incision un érysipèle très intense. Cet érysipèle dure une semaine au commencement de février et l'enfant ne commence à reprendre des forces que fin février. Les deux oreilles continuent leur écoulement jugé salulaire par la famille, idée dans laquelle les entretient une religieuse garde-malade qui « a l'habitude de ces sortes de maladies ». C'est dire que le traitement appliqué à l'otorrhée est sans doute spécial à la garde-malade qui, de sa propre autorité, juge inutile de faire appeler un otologiste.

Le 24 mars 1904, l'enclume est éliminée du côté gauche et de cette oreille l'écoulement semble se tarir pendant quelque temps. L'oreille droite est toujours dans le même état. L'audition est absolument nulle.

Le 14 mai 1904, nous voyons l'enfant pour la première fois. Surdité complète : le diapason est vaguement entendu sur la mastoïde à gauche ; la voix n'est pas perçue à quelque tonalité qu'elle soit émise. Les deux oreilles coulent, la gauche peu. L'examen auriculaire nous donne une oreille gauche détruite ; plus de tympan, les osselets disparus, et le promontoire semble recouvert de tissu fibreux cicatriciel. Le Politzer ne passe pas par cette oreille. L'aspect de l'oreille droite est moins mauvais : au milieu d'un pus fétide pend le marteau, et après nettoyage on constate de la carie de la partie postéro-supérieure de l'attique, par où sourd du pus et de la nécrose du manche du marteau. Le Valsalva et le Politzer passent très bien.

L'enfant a des adénoïdes assez volumineuses et des amygdales hypertrophiées. Comme traitement nous nous bornons à traiter la suppuration auriculaire que nous arrêtons assez vite à gauche. A droite nous pratiquons l'extraction du marteau et de l'enclume qui sont cariés et nous obtenons une diminution de l'écoulement. Contre la surdité toute tentative de traitement reste nulle, nous réservant de faire soigner ultérieurement notre malade, par les méthodes de rééducation de l'oreille.

En juillet, l'enfant très amélioré, va faire une cure à la Bourboule pour son état général. Mais lorsque nous le revoyons, en novembre, nous constatons que ses oreilles ont été négligées et nous instituons un traitement dont les effets heureux de cicatrisation commencent à se manifester, lorsque pour des raisons extra-médicales nous perdons de vue notre malade (9 décembre).

Le 5 mars 1905 la famille nous rappelle, parce que la suppuration de l'oreille droite qui, non traitée, avait réapparu, vient subitement de s'arrêter, coïncidant avec l'apparition de troubles généraux complexes. On nous dit que depuis quelques jours l'enfant était taciturne, méchant, battant sa bonne, menaçant ses frère et sœur avec un couteau, se mettant en colère pour rien. Les nuits sont un peu agitées, l'appétit est excessif.

La veille du jour où l'on nous rappelle (4 mars 1905) l'enfant a été pris d'un état convulsiforme, se traduisant par une contracture au niveau des muscles du cou, avec trismus très prononcé et spasme de la glotte. Raideur momentanée de la nuque, la tête se porte en arrière en même temps que le tronc s'incurve assez fortement. L'enfant pousse de petites plaintes et sa face devient bleuâtre. Pas de perte de connaissance et dès que la crise qui est très courte est terminée, l'enfant se remet à lire, à causer, à s'amuser. Il existe cependant une hypéresthésie très marquée au niveau de la colonne vertébrale. La sensibilité ailleurs est complète et tous les mouvements musculaires sont normaux. Les urines sont normales.

Nous examinons les oreilles : la gauche est complètement cicatrisée et l'écoulement de l'oreille droite deux jours auparavant assez abondant, s'est tari ne laissant, au niveau de la partie postéro-supérieure de la caisse, qu'une petite trace de pus concret. Aucune douleur spontanée intra ou extra-auriculaire. La mastoïde est complètement indolore, le crâne insensible à la pression.

Les crises, rares les premiers jours, augmentent rapidement de fréquence et d'intensité. Nous avons pu assister à plusieurs accès.

L'enfant assis dans son lit sent venir l'accès : il appelle alors à son aide et il commence à se concentrer, à se lever droit sur son lit, se tenant au cou de la garde-malade. Son corps se tend en opisthotonos, la nuque raidie, les muscles du cou en saillie, et la face d'abord vultueuse puis noirâtre prend un aspect grimaçant. Le trismus est absolu et l'enfant cherchant à vaincre la contraction de ses mâchoires porte ses doigts à sa bouche pour essayer de l'ouvrir. La langue est quelquefois mordue, un peu de salive apparaît au coin de la bouche, la respiration est arrêtée, le cœur bat précipitamment, le poulx est petit, la face se couvre de sueurs et il se produit des évacuations involontaires d'urine et de matières fécales. Peu à peu grâce à des flagellations d'eau froide et des bouffées d'éther, l'enfant fait de longues et pénibles inspirations, les muscles contractés se relâchent et la crise est finie. Mais chaque accès augmente la faiblesse et la prostration du malade : la parole est moins nette.

Nous avons recherché d'autre part les signes d'infection méningée ou cérébrale, notre examen est négatif. Pas ou peu de température, pas de céphalalgie, pas de vomissements, pas de constipation. Aucun phénomène pupillaire ; absence totale signe de Kernig, pas de paralysies, pas d'anesthésie. Intégrité absolue de toutes les fonctions : intelligence, motilité, sensibilité générale. Ces crises ont duré cinq jours au début, se répétant trois à quatre fois par jour, puis augmentant très rapidement pour se succéder sans interruption et toujours avec le même aspect. Le 10 mars, l'enfant meurt en pleine crise par asphyxie.

Réflexions. — La relation de ces cas nous paraît intéressante à plusieurs points de vue. La rareté de l'affection tout d'abord, le processus anormal des phénomènes cliniques, l'intensité des

accidents, la terminaison rapide et fatale sont tout autant de faits qui retiennent l'attention. Rares en effet sont les complications auriculaires uniquement limitées à certaines fonctions de motilité comme dans notre cas. D'habitude toute infection intra-cranienne, qu'elle soit limitée aux méninges ou qu'elle se soit étendue dans le cerveau, se manifeste par une association de symptômes multiples, mais se ramenant toujours à une expression clinique simple. On n'a pas absolument dans toute méningite ou tout abcès du cerveau la réunion de tous les phénomènes qui constituent la base d'un diagnostic sûr; on n'a bien souvent qu'un seul de ces symptômes bien net, pathognomonique, mais qui suffit pour affirmer l'existence de telle ou telle manifestation endo-cranienne. L'étude approfondie de notre malade qui nous a fait des otorrhées graves, avec élimination des osselets nécrosés et qui partant a entretenu des foyers d'infection, dangereux pour le voisinage, ne nous a pas permis de déceler aucun de ces symptômes de complication endo-cranienne. Était-ce à dire qu'il fallait, de ce fait, exclure l'oreille de la pathogénie des accidents observés. Pour nous la production des états épileptiformes ne saurait trouver d'autre origine que dans la lésion primitive de la caisse du tympan aggravée et entretenue par des états infectieux antérieurs. Nous avons assisté à cette imprégnation lente de la cellule nerveuse par un processus d'irritation ou d'intoxication. C'est tout d'abord avant l'éclosion des attaques épileptiformes la modification profonde du caractère. Il y avait donc du côté du système nerveux central de notre malade des changements en relation avec une diminution déjà notable de l'écoulement auriculaire. L'acheminement de cette phase purement psychique à la phase plus grave d'excitation avec production d'accès épileptiques a été progressive et nous assistons chaque jour à l'augmentation continue de cette déchéance de la cellule nerveuse. La pathogénie de ces phénomènes peut s'expliquer de plusieurs façons. L'hypériorité des centres bulbo-spinaux a pu être créée de toutes pièces par une action lente et directe d'une toxine infectieuse agissant sur les cellules de ces centres. Nous avons vu que la maladie de notre patient a été la succession ininterrompue de processus infectieux des plus graves. Coup sur coup il a contracté la scarlatine, la diphtérie, l'érysipèle. Il a dû distiller tous ces poisons microbiens qui ont dû déjà, avant la crise actuelle, empoisonner le système nerveux, puisque nous avons noté de l'hémiplégie et de la paralysie faciale post-diphtérique, sans oublier l'influence pernicieuse du streptocoque érysipélateux sur le système nerveux. L'action de ces

toxines ne s'est pas complètement éteinte et, à la faveur d'une réinfection, en l'espèce la lésion auriculaire, les phénomènes d'irritation ancienne auxquels s'ajoutent les nouveaux accidents otiques ont réapparu avec plus d'intensité. Ces infections ont créé par elles-mêmes, indépendamment de toute prédisposition, l'épilepsie symptomatique. D'autre part, la production de ces états épileptiformes peut être due à une excitation des centres bulbo-spinaux causée par une irritation des centres supérieurs, transmise par les fibres nerveuses émanées des zones motrices de l'écorce. C'est la théorie de l'excitation réflexe à distance. Le point de départ de l'acte réflexe serait dans la lésion auriculaire, et la transmission à certaines zones de l'écorce qui tiennent sous leur dépendance la production des accès convulsiformes se ferait par voie nerveuse. A ces causes-là, il faut, croyons-nous, en joindre une autre problématique qui expliquerait la brusquerie, l'intensité des crises. Nous serions tenté d'admettre l'existence d'une lésion centrale indéfinie. La crise est l'expression même du tonus de l'épilepsie jacksonienne : c'est la persistance de la rigidité pendant tout l'accès ; c'est l'action paralysante aux muscles respirateurs suspendant tout mouvement respiratoire, et provoquant de la cyanose, de l'apnée par contraction de tous les groupes musculaires cervicaux et thoraciques et aboutissant à l'asphyxie ; c'est l'évacuation involontaire par relâchement des sphincters ; c'est la marche progressive des accidents, leur augmentation de fréquence et d'intensité et comme dit Déjerine, lorsque les convulsions se généralisent, se multiplient, deviennent subintrantes, c'est qu'il y a là un symptôme d'une lésion centrale. Aussi, complexe paraît la pathogénie de cet état morbide dont la lésion initiale est l'oreille et l'aboutissant le cerveau et dans lequel cependant il nous manque ce que nous avons l'habitude d'observer dans les affections endo-craniennes d'origine otique.

Mais c'est parce que le rôle des infections auriculaires ne saurait, dans de nombreuses circonstances, être complètement défini, qu'il faut dès qu'on le peut, entreprendre vis-à-vis des lésions otiques un traitement qui éviterait d'errer dans des diagnostics incertains et dans des thérapeutiques inefficaces.

VII

LE SINUS SPHÉNOÏDAL¹

Par **J. W. GLEITSMANN** (de New-York).

Bien qu'avant 1892 il y ait eu quelques publications sur les maladies du sinus sphénoïdal, c'est Max Schaeffer, de Brême, aujourd'hui disparu, qui attira l'attention du public médical sur l'importance et la fréquence des affections de cette région, par son travail très documenté, basé sur dix-neuf cas aigus et cinquante trois cas chroniques. Les observateurs qui suivirent, et moi-même, nous n'avons pas pu confirmer la proportion relative de ces cas aigus et chroniques (un cas aigu pour trois cas chroniques), mais les symptômes ont été décrits par Schaeffer d'une façon si complète et si détaillée qu'on n'a eu depuis que très peu de chose à ajouter. Nous suivons encore le principe de sa méthode pour pénétrer dans l'ouverture et dans le sinus et nous réservons les mesures plus nouvelles et plus radicales pour les cas rebelles et prolongés et pour ceux dans lesquels l'affection s'étend à l'orbite ou aux régions voisines. Le Dr Behrens parlera longuement sur ce sujet.

Le sinus sphénoïdal peut être seul atteint ou l'être en même temps que les autres sinus, parmi lesquels il faut, au point de vue du diagnostic, tenir surtout compte des cellules ethmoïdales postérieures, car leur sécrétion se montre dans la même région, c'est-à-dire à la fente olfactive. Pour différencier les sécrétions de ces deux cavités, il faut faire pénétrer une sonde de la manière bien connue, entre le cornet moyen et le septum dans l'ouverture sphénoïdale; cette manœuvre est facile quand la fente olfactive est large, bien ouverte; dans d'autres cas, il faut repousser le cornet moyen ou employer le long spéculum de Killian ou mieux encore avoir recours à la résection d'une partie du cornet. Les erreurs que nous pouvons commettre en recherchant l'ouverture sont indiquées graphiquement dans le dessin de Hajek que je fais circuler parmi vous. Si après avoir lavé à fond le sinus et nettoyé la fente olfactive, nous ne voyons pas de pus au niveau de cette dernière, nous pouvons éliminer toute affection des cellules ethmoïdales postérieures. Mais si après une

1. Communication lue à l'*American Laryngological Association*, juin 1905.
Arch. de Laryngol., 1905. N° 5.

ou plusieurs de ces manœuvres nous découvrons du pus, nous devons éliminer la possibilité du pus venant des cellules ethmoïdales dans un sinus sain ; pour cela nous devons nous assurer si une seule cavité ou les deux cavités sont atteintes. Si nous introduisons un tampon dans le sinus sphénoïdal bien nettoyé et l'y laissons quelques heures, le pus sortira par l'ouverture sphénoïdale si le sinus est malade, tandis que si les deux cavités sont atteintes, la partie antérieure du tampon sera aussi imprégnée de sécrétion.

Ce n'est pas de mon ressort de donner ici la symptomatologie complète, mais j'énumérerai les symptômes qui, à mon avis, réclament soit un traitement conservateur, soit une opération radicale. La majorité des cas aigus que j'ai observée, prend une tournure favorable quand on évacue la sécrétion enfermée, bien que, dans quelques cas, s'il y a un coryza aigu grave qui vient compliquer les choses, les symptômes sont très marqués : fièvre, insomnie, faiblesse générale. La céphalée souvent intense est plus fréquente que dans les cas chroniques ; en règle générale la douleur siège dans la région occipitale, en arrière du bulbe, ainsi que dans les régions frontale ou orbitaire. Au début des cas aigus, la quantité de sécrétion dans le nez et le rhinopharynx est souvent plus abondante, le cornet moyen turgescent, gonflé, vient s'appliquer contre la cloison et quand on l'écarte, la sécrétion pouvant sortir librement, se montre dans la fente olfactive. La majorité des cas aigus, quelque formidables que soient parfois les symptômes, ont une issue favorable sans opération radicale, mais habituellement, il faut agrandir l'ouverture et la tenir bien ouverte en enlevant une partie de la paroi antérieure à l'aide de crochets et de pinces appropriés, mesure que je range parmi les méthodes conservatrices. Les solutions antiseptiques, plus tard les solutions astringentes, les cautérisations et quelquefois le curettage de la muqueuse constitueront le traitement. Dans les cas très aigus provoqués par une infection grave avec risque d'extension à l'orbite ou à la selle turcique, on ne peut pas retarder les mesures radicales.

L'affection chronique est, ou une conséquence de la forme aiguë ou elle coïncide avec des affections des autres sinus et est due à la même infection. Les symptômes subjectifs sont de nature variable et sont moins marqués que dans les cas aigus. La douleur est moins intense, soit à l'occiput, soit à la région temporale ou frontale. Parfois le malade éprouve du vertige en se courbant, de la raideur de la nuque, de la névralgie, du tic douloureux de la face, de l'aprosxie, du dégoût du travail et

même de la dépression psychique. Comme dans la majorité des cas chroniques, les autres sinus sont en même temps atteints, il est difficile d'attribuer tel ou tel symptôme au sinus sphénoïdal seul. Au lieu de la sécrétion liquide des cas aigus, nous observons plus souvent des croûtes sur le cornet moyen ou dans le rhinopharynx; quand on enlève celles du cornet moyen, on voit le pus apparaître entre cet organe et la cloison. La quantité de sécrétion est soumise à de grandes variations, parfois elle a une odeur pénétrante désagréable; c'est pourquoi, à une certaine époque, la sinusite sphénoïdale était considérée comme la cause principale de l'ozène.

A l'examen, nous voyons que les modifications des fentes olfactives sont plus marquées. La muqueuse est épaissie, en état d'hyperplasie, laquelle peut aussi envahir la cloison; on voit survenir des excroissances polypôides, des petits polypes qui gênent l'écoulement du pus venant du sinus. Quand la maladie a pris ce caractère, les méthodes conservatrices seront, à mon avis, peu efficaces; une ouverture complète du sinus avec ablation plus ou moins radicale de son revêtement sera nécessaire. Néanmoins dans un cas de ce genre, je réussis à obtenir la guérison par des méthodes moins héroïques. Le malade présentait ce phénomène singulier d'être le plus gêné quand il se formait une petite croûte sur l'ouverture ou près d'elle; mais, il se sentait très bien quand le sinus était tamponné très serré avec de la gaze aseptique. Après avoir créé une voie d'accès au sinus, agrandi l'ouverture, curetté et cautérisé à plusieurs reprises et fait suivre au malade un traitement convenable chez lui, la guérison vint enfin tout terminer.

Je prendrai la liberté de dire encore quelques mots sur les affections « vitales » du sinus qui exigent une opération radicale. Les relations entre les cellules ethmoïdales postérieures, le sinus sphénoïdal et la cavité orbitaire ont été très bien étudiées et mises en lumière par Onodi; les cas de guérison, les autopsies ont prouvé que des troubles de la vue et même la cécité peuvent être causés par des maladies de ces cavités. Les lésions cérébrales souvent annoncées par la fièvre et dues principalement à la perforation de la paroi supérieure ont été rapportées et mises en tableau par Dreyfuss; Scholz rapporte une hémorragie fatale par perforation de la paroi supérieure externe dans le sinus caverneux. Hinckel, Hajek et moi-même avons rapporté des hémorragies secondaires qui furent arrêtées par tamponnement antérieur et postérieur; Myles vit une hémorragie après trépanation et curettage; elle nécessita la ligature de la carotide

externe. Bien que les tumeurs secondaires dues à la propagation ne soient pas rares, les tumeurs primitives, suivant Citelli, sont rares et il n'a pu trouver que cinq cas en dehors du sien. Il est inutile de dire que ces dernières affections réclament toutes des mesures radicales ; mais, quand on y a recours à temps et qu'on les exécute avec soin, on peut, dans nombre de cas, espérer soulager le malade et lui sauver la vie.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

VIII

RHINITE PURULENTE ET APPENDICITE ADÉNOÏDITE FOLLICULAIRE ET APPENDICITE

Par **DELIE** (d'Ypres).

Le titre de cette communication peut paraître étrange : parler appendicite dans un milieu qui cultive le nez et la gorge semble un sujet déplacé, une intrusion peu justifiable aux yeux de notre spécialité. Laissez-moi cependant vous raconter deux petites histoires : je laisse à votre bon sens le soin de tirer les conclusions.

OBSERVATION I. — L'été dernier, se présente dans mon cabinet, un jeune homme de 24 ans, demandant des soins pour un écoulement purulent de la moitié gauche du nez. L'examen révèle une atrophie considérable du cornet inférieur avec sécrétion purulente, croûtes desséchées et complications pharyngées habituelles. Les sinus sont sains. Le sujet me raconte que son mal a débuté par une attaque d'influenza avec violent mal de tête, obstruction nasale tenace et mouchage de pus. Peu à peu, le nez s'est dégagé : mais la sécrétion purulente persista avec formation de croûtes et manifestations ozéneuses. Vers cette époque, il fut atteint d'appendicite : celle-ci se termina par résolution. Les deux médecins distingués, professeurs de Faculté, qui lui donnèrent des soins, n'avaient pas hésité à attribuer la cause de l'appendicite à la rhinite purulente. Depuis ce jour, le jeune homme soigna son nez au moyen de lavages aseptiques. Il éprouve, de temps à autre, un dérangement intestinal avec réveil des signes d'appendicite. Ces recrudescences sont toujours accompagnées ou précédées d'aggravation de phénomènes morbides du nez (rhinorrhée purulente, etc.). Je soumis ce malade à un traitement rigoureux. Au bout d'un mois, la muqueuse me parut assez saine pour tenter une injection sous-muqueuse de paraffine : j'introduisis un demi-gramme de cette substance dans la moitié postérieure du cornet inférieur. La réaction fut des plus modérées du côté de la tête, mais une poussée d'appendicite se manifesta du côté du ventre. Elle fut heureusement plus bruyante que grave et se termina par résolution au bout des cinq jours. Est-ce mon intervention opératoire qui l'a provoquée ? Depuis, le malade a subi avec succès une opération intra-abdominale.

OBSERVATION II. — Un adolescent porteur de végétations adénoïdes avait été, à la suite d'un froid, pris de violents maux de tête, principalement vers la région occipitale, avec obstruction nasale

complète, écoulement continu de muco-pus par les narines, douleurs violentes dans les deux oreilles et gêne à la déglutition. Il était en proie à une fièvre vive avec 39° 5, prostration, courbature et sous délire. La rhinoscopie postérieure fit découvrir une rougeur extraordinaire avec gonflement des végétations adénoïdes : l'amas glandulaire est parsemé de points très blancs et de traînées de muco-pus jaunâtre ; il offre l'aspect d'une amygdalite folliculaire. Le quatrième jour, du côté de la tête, tout s'achemina vers une franche résolution ; seulement le thermomètre continua à marquer 38°, 38° 5 ; il y eut quelques nausées, le ventre devint ballonné, et de la sensibilité avec défense musculaire se déclara dans la fosse iliaque droite. Le sujet fit une appendicite qui se termina par résolution.

Sans être taxés d'utopistes, nous pouvons nous demander quelles relations il peut y avoir entre ces divers états morbides. Les professeurs de l'Université qui ont placé la cause de la première appendicite dans le catarrhe purulent du nez ont été approuvés par les événements : la réapparition de troubles abdominaux avec une recrudescence de rhinite, le réchauffement caractéristique de l'appendicite après l'injection de paraffine, justifient l'affirmation qu'il y a eu corrélation entre la rhinite purulente et l'appendicite. Le pus dégluti peut-il déterminer l'apparition d'une inflammation de l'appendice cœcal ? J'ai posé la question ; je n'ose la résoudre. — Dans le second cas, l'adénoïdite folliculaire en tout semblable à l'amygdalite de même nom, a-t-elle provoqué une appendicite ? Ou bien une cause générale unique a-t-elle produit simultanément l'inflammation de deux organes éloignés, grâce à l'analogie de leur structure anatomique.

Mitchell a signalé quatre cas d'amygdalite suivie d'appendicite. En 1891, Bland Sutton fit remarquer les relations étroites qui existent entre l'amygdale buccale et l'appendice vermiculaire. Le professeur Roux, de Lausanne, fait la comparaison entre l'amygdale et l'appendice et déclare que, pour les nombreux cas d'appendicite dans lesquels l'estomac et les intestins sont peu malades et où existe une amygdalite, l'identité de structure anatomique des deux organes apparaît comme l'explication la plus saine tant au point de vue étiologique que pathologique. En 1895, au congrès de Munich, le docteur Salhé, de Berne, n'a-t-il pas défini l'appendice : amygdale intestinale ? En 1898, Jalaguier exprime la même opinion. Nombreux sont les cas d'infection générale (rhumatisme, influenza) où, au milieu de phénomènes généraux graves, se déclarent une amygdalite, une endocardite et une appendicite (Frazer, Bräzil, O. Vandenberghe, Charpentier, Faisans, Moizard, etc.). La théorie d'une infection générale de nature microbienne, comme cause d'appendicite, a

été prouvée expérimentalement par Beaussenat et Josué, à la Société de biologie, en 1897.

L'amygdalite folliculaire est le résultat d'un envahissement de microbes : l'appendicite, anatomiquement parlant, n'est qu'une inflammation folliculaire ; les deux découlent souvent d'un même principe infectieux qui envahit les voies circulatoires et attaque simultanément des organes de structure identique. Il n'y a pas de raison pour que l'infection oublie les végétations adénoïdes : l'amygdale pharyngée vaut l'amygdale buccale et l'amygdale intestinale.

UN NOUVEAU CAS DE MASTOÏDITE LATENTE

Par **TAPTAS**

Directeur de la clinique de Saint-Georges, à Constantinople.

D., médecin empirique, âgé de 38 ans, vient de la province, le 2 février dernier, nous consulter pour des douleurs à l'oreille droite.

Le malade est de constitution forte et exempt de tout antécédent remarquable. Dix jours avant son arrivée, il avait été pris de douleurs à l'oreille droite avec surdité, à la suite d'une attaque de grippe. Les douleurs avaient continué fortes pendant six jours mais depuis quatre jours, elles ont beaucoup diminué. Elles sont intermittentes et rarement intenses. Comme traitement, il continue des pansements chauds secs avec de légères instillations de glycérine phéniquée.

A l'examen je constate que le tympan est rouge et épaissi. L'audition de la montre est abolie même au contact. Du côté du pharynx nasal et du nez il n'y a rien d'anormal. Je fais aseptiquement une paracentèse du tympan, mais je ne constate pas de pus; à peine si un peu de sérosité existe dans la caisse. La muqueuse, vue à travers l'ouverture de l'incision tympanale, est rouge mais pas très gonflée comme dans les inflammations aiguës. Je mets une gaze stérilisée dans le conduit auditif et j'expédie le malade. Le lendemain il accuse une amélioration de ses douleurs. La mèche du conduit est imbibée légèrement de sérosité. Je continue le même pansement tous les jours pendant cinq à six fois. Le tympan se cicatrise, mais il reste épaissi et rouge.

L'amélioration accusée par le malade après la paracentèse persiste les semaines suivantes, mais les douleurs ne sont pas complètement disparues. Elles sont moins fortes bien qu'il y ait encore de temps en temps des accès qui durent quelques heures et qui sont assez intenses. En plus elles ont changé de forme vu que les élancements à la tempe ont complètement cessé pour faire place à quelques douleurs au fond de l'oreille et devant le tragus. A la pression la plus forte, la mastoïde n'est nullement sensible. La température prise attentivement par le malade et par nous-même reste toujours au niveau de 37° sans les dépasser. L'audition est légèrement améliorée; après quelques séances de cathétérisme la montre est entendue à deux centimètres de distance. Le malade se considère comme guéri et veut retourner dans son pays et ce n'est pas sans difficulté que nous arrivons à le persuader que non seulement il n'est pas guéri mais qu'en plus il court un danger s'il ne se laisse pas opérer.

Opération le 10 mai. — L'apophyse est extérieurement saine.

Après l'excision au ciseau d'une couche épaisse d'os éburné, nous tombons sur un tissu spongieux à petites cellules farcies de granulations. L'antre est petit et plein de granulations. Ce n'est qu'autour de la base de l'apophyse styloïde que nous avons rencontré de grandes cellules limitrophes du conduit auditif osseux pleines de pus crémeux. Voilà pourquoi les douleurs étaient concentrées plutôt dans l'oreille et au niveau du tragus. Excision de toute l'apophyse avec son sommet ainsi que de la paroi osseuse postérieure du conduit auditif osseux sans toucher à la caisse.

Quelques jours après l'opération, la montre était déjà perçue à 10 centimètres et le tympan perdait sa rougeur. Cicatrisation lente de la plaie. Perdu de vue à cause du retour dans son pays.

Cette observation, de même que les six autres observations analogues publiées précédemment¹, montrent qu'il y a des mastoïdites qui peuvent s'établir insidieusement, sans suppuration de la caisse et contre lesquelles on doit être très attentif si l'on ne veut pas laisser les lésions avancer au point de rendre le pronostic très grave.

1. De la mastoïdite aiguë suppurée latente comme complication de l'otite moyenne aiguë catarrhale. Congrès de Bordeaux, 1904. *Archiv. de laryngol. et d'otol.*, 1904, p. 477, par Taptas.

X

LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

ET

SON TRAITEMENT

Par **S.-H. HABERSHON**, médecin du Brompton Hospital (Londres).

I. — Historique.

Il est très intéressant de parcourir les ouvrages des anciens auteurs qui ont observé les affections laryngées associées à la tuberculose pulmonaire.

Galien, Morgagni et Petit (en 1790) reconnurent la coexistence des deux états, mais jusqu'à l'époque de Laennec, en 1819, on n'insista pas sur la nature tuberculeuse de l'affection. Les auteurs postérieurs, Louis, Andral, Trousseau croyaient que la maladie qui nous occupe était inséparable d'une affection pulmonaire concomitante. Les grandes autorités médicales de la fin du siècle dernier, Heinze (qui écrivit en 1879 un traité très complet sur ce sujet), Mackenzie, Schrötter et Schnitzler, de Vienne et beaucoup d'autres ont tous affirmé que la tuberculose primitive du larynx était pratiquement inconnue ou excessivement rare. Dans un petit nombre de cas, des commémoratifs de syphilis venaient compliquer le diagnostic et dans quelques autres qui se terminèrent par guérison, il ne fut pas possible d'acquérir la certitude qu'il n'y avait pas aux poumons quelques foyers latents de tuberculose.

Pour ma part, je n'ai jamais vu un cas d'affection primitive du larynx dans lequel il n'y avait pas d'obscurité, et où il ne plaînait pas quelque doute quant au diagnostic.

Je reconnais la possibilité d'une infection laryngée originelle due à une infection des ganglions lymphatiques cervicaux par voie amygdalienne. Ces cas ne sont pas souvent observés par les médecins des Hôpitaux de tuberculeux ¹. Je ne voudrais pas non plus accepter le verdict d'un spécialiste du larynx, affirmant que l'affection était primitive, sans avoir recours à un examen détaillé des poumons.

1. L'hôpital de Brompton est destiné aux phtisiques (*note du traducteur*).

II. — Le mode d'apparition et l'étiologie de l'affection laryngée.

Trois manières de voir ont leurs champions :

a) Celle de Louis concernant l'action corrosive des crachats et leurs effets d'autant plus marqués qu'on se rapproche du poumon ; en un mot, la paroi postérieure du larynx serait atteinte de préférence parce que les crachats s'y fixent et y adhèrent.

Heinze a très bien répondu à cela en démontrant que les bronches où les crachats séjournent le plus longtemps sont, moins souvent que la trachée et le larynx, le siège d'ulcérations.

b) Une deuxième opinion fut mise en avant par Rheiner qui croyait que l'ulcération était provoquée par le frottement des cordes vocales et des autres parties du larynx, par suite de la toux continuelle. Heinze fait justement ressortir « que l'inflammation catarrhale qui précède la phtisie laryngée empêche, par l'œdème de la région interaryténoïdienne, les cordes vocales de venir en contact et que les apophyses vocales qui sont si souvent le siège d'ulcérations ne peuvent pas venir se toucher dans ces conditions. De même, la face inférieure et la base de l'épiglotte qui s'ulcèrent fréquemment ne sont pas soumises aux frottements, alors que les bords qui y sont exposés sont rarement atteints ».

c) Mackenzie (aussi bien que Heinze) laisse sans y répondre la question du siège des ulcérations, mais ils disent, ce qui sans nul doute est vrai, que la prédilection de la maladie pour le larynx est due à la *faiblesse* ou à la *susceptibilité* et qu'un catarrhe chronique peut être la cause d'une prédisposition au développement de tubercules dans le larynx.

La théorie de la corrosion de Louis et l'opinion de Rheiner, suivant laquelle les ulcérations du larynx seraient dues au frottement, n'ont jamais été défendues, et outre la réfutation faite par Heinze et Mackenzie, on ne pourrait pas s'expliquer que beaucoup de malades atteints de tuberculose pulmonaire échappent complètement à l'envahissement du larynx.

La réceptivité du larynx pour l'affection et la tendance aux catarrhes, décrites par Heinze et Mackenzie, sont aujourd'hui bien reconnues.

J'ai examiné les procès-verbaux d'autopsies faites à Brompton depuis dix ans et je constate que durant ce laps de temps il y eut mille deux cent cinquante-cinq cas de tuberculose pulmonaire, huit cent cinquante trois chez des hommes, quatre cent deux chez des femmes. Sur ce nombre, il y a cinq cent quatre-vingt-quinze cas de laryngite tuberculeuse rapportés, dont cent seize seulement chez des femmes. Dans cent trente cas, il y eut

ulcérations trachéales faisant partie d'ulcérations tuberculeuses générales du larynx. Dans deux cas la trachée seule était atteinte. Les ulcérations bronchiques existaient chez trente-trois malades hommes et vingt femmes (en tout cinquante-trois cas); mais il n'est mentionné aucun cas d'ulcération bronchique existant seule (c'est-à-dire sans affection laryngée).

III. — Causes prédisposant à l'envahissement du larynx.

a) Dans beaucoup de cas, la *profession* du malade a une influence considérable en ce sens qu'elle prédispose à un état catarrhal et à l'irritation du larynx.

Les statistiques de Heinze montrent que parmi les sujets atteints de tuberculose pulmonaire accompagnée de tuberculose du larynx, il y en avait une forte proportion atteignant ceux dont le métier exige un emploi excessif de la voix : bouchers, chanteurs. De même, un métier où il y a exposition aux poussières était fréquemment l'occupation de malades atteints de laryngite tuberculeuse.

Chez les hommes, il constata que l'ulcération laryngée se rencontrait deux fois plus souvent que chez les femmes.

A Vienne, réputée pour la poussière fine et irritante qui remplit l'atmosphère, on sait très bien que les laryngites chroniques et aiguës sont très fréquentes et qu'un pourcentage très considérable de cas de laryngite tuberculeuse se rencontre chez les phthisiques. Cette affection est si commune qu'on la désigne sous le nom populaire de « maladie viennoise ».

b) La situation de l'ulcération du larynx dans les cas récents jette quelque lumière sur la cause de l'envahissement, car on ne voit pas à première vue pourquoi un état catarrhal du larynx prédisposerait à l'envahissement par les dépôts tuberculeux.

J'avais entendu affirmer à Vienne qu'il était bien possible que la nature de l'épithélium de revêtement de la muqueuse du larynx fût peut-être un facteur déterminant; il y a quelques années, je pris la peine d'examiner la question, surtout au point de vue du siège de prédilection.

On ne peut se fier aux statistiques d'autopsies en ce qui concerne le point où se fait l'envahissement, car dans un grand nombre de cas, la maladie est très avancée et il est facile de comprendre que lorsque le larynx vient à être atteint, l'affection peut s'étendre rapidement au voisinage soit par l'ulcération, soit par les vaisseaux lymphatiques et sanguins; mais, dans les cas où on a vu que la maladie était de date récente et par le résultat

de l'examen laryngoscopique au stade de début, il est bien établi que certaines régions du larynx ont surtout une tendance dès le commencement à l'ulcération ou à l'infiltration.

Le temps me manque pour citer les statistiques de Heinze et de Mackenzie ; je ne puis donner que les résultats généraux.

Mes statistiques basées sur les procès-verbaux d'autopsies de St Bartholomew's Hospital et de l'Hôpital de Brompton donnent les chiffres suivants :

Dans 72 % de tous les cas, les bords des cordes vocales, la région aryténoïdienne et les replis, ainsi que la région interaryténoïdienne sont les endroits de prédilection.

Dans seulement 3 % ou 4 % des cas, il y a affection isolée de la trachée ou de l'épiglotte ; la face inférieure est atteinte dans un petit nombre de cas récents ; généralement quand l'ulcération affecte ces parties, la maladie est étendue et très avancée.

c) Il y a deux variétés d'épithélium qui recouvrent la muqueuse des voies aériennes : l'épithélium vibratile et l'épithélium pavimenteux.

Qu'il me soit permis d'exposer brièvement l'état histologique de la situation de ces deux formes d'épithélium dans le larynx.

Je cite librement Stricker ; mais il y a quelques années, j'ai fait de nombreuses coupes de la muqueuse du larynx, et j'ai vérifié sa description dans tous les détails.

Sur les deux faces, l'épiglotte est couverte d'un épithélium pavimenteux avec des papilles renfermant des anses vasculaires. Vers le milieu de la face inférieure ou postérieure de l'épiglotte, l'épithélium présente une forme de transition et se transforme graduellement en épithélium cilié. Celui-ci s'étend sur la face antérieure du larynx vers le bas jusqu'aux cordes vocales ; il n'existe pas de papilles.

La totalité des replis aryténo-épiglottiques, les aryténoïdes et la région interaryténoïdienne ainsi que la face supérieure et les bords des cordes vocales sont revêtus d'un épithélium en mosaïque, divisé en carrés. La muqueuse de ces régions présente des saillies papillaires (Stricker).

Les cordes vocales à leur bord saillant sont revêtues d'une couche de cellules épithéliales pavimenteuses qui, vers la région du ventricule de Morgagni et la trachée, sont remplacées brusquement par de l'épithélium vibratile.

Plus en arrière, l'épithélium squameux de la région interaryténoïdienne se continue avec l'épithélium pavimenteux du pharynx. Au-dessous, il se fond graduellement dans l'épithélium à cils vibratiles de la trachée (Stricker).

Les considérations précédentes nous ont montré que la région interaryténoïdienne, les aryténoïdes, les replis et les bords des cordes, surtout leurs parties postérieures sont les régions atteintes au début; nous avons vu aussi que plus rarement l'épiglotte s'ulcère à sa face postérieure.

À l'exception de la trachée qui est rarement d'emblée le siège de l'ulcération tuberculeuse, ce sont justement les régions recouvertes par la muqueuse pourvue de papilles avec un épithélium pavimenteux.

Quand l'affection est avancée, il n'y a pas de partie du larynx qui soit exempte d'ulcération; mais, alors, il n'est pas difficile d'expliquer l'extension de la maladie dans toutes les directions, quand la muqueuse est devenue le siège d'un dépôt tuberculeux.

L'opinion que je défends se rapporte seulement aux stades de début; la voici: un état catarrhal cause la turgescence des papilles qui existent naturellement en ces régions. Ceci concorde avec l'aspect papillaire de l'affection tuberculeuse au début avant que l'ulcération ait commencé, aspect décrit par beaucoup d'auteurs et que j'ai constaté moi-même dans beaucoup de cas.

Sur la muqueuse de la trachée et sur les autres régions revêtues d'épithélium vibratile, les cils mettent naturellement la sécrétion en mouvement.

D'un autre côté, un épithélium pavimenteux normal, lisse est aussi une condition défavorable pour la fixation des crachats.

La turgescence des papilles par le catarrhe antérieur est tout ce qui est nécessaire pour fournir aux crachats tuberculeux une prise sur la muqueuse. Les crachats adhèrent aux cavités créées entre les papilles et ainsi, restent quelque temps en contact avec une surface très vascularisée.

Il est vrai que, naturellement, les crachats seront dirigés vers la face postérieure du larynx parce que la glotte est plus largement ouverte en arrière qu'en avant. Cependant, il n'y a pas de preuve que les crachats demeurent quelque temps dans cette région sans être expectorés. Quand il y a un catarrhe de la muqueuse, la situation change. La délicate membrane vasculaire est nécessairement plus sensible à toute influence anormale ou délétère. Il n'y a aucune raison de supposer que les conditions étant ainsi modifiées, les érosions sont provoquées par la fatigue. Et comme je l'ai indiqué, l'œdème de la région interaryténoïdienne dû à ce catarrhe crée une large séparation entre les mêmes parties des cordes sur lesquelles l'ulcération débute si souvent.

IV. — Aspect laryngoscopique de la laryngite tuberculeuse au début.

On observe deux états anormaux : a) l'anémie du larynx, b) le catarrhe du larynx.

a) L'anémie et la pâleur de la muqueuse du larynx sont dues probablement au vice général de nutrition ; si on la trouve seule avec une anémie ou une chlorose générales concomitantes, elle amène à soupçonner une affection pulmonaire, surtout des sommets. Parfois, sans catarrhe antérieur, l'anémie est suivie d'œdème de la partie postérieure du repli aryténo-épiglottique et de la muqueuse qui revêt les aryténoïdes, sans qu'il y ait d'ulcération.

Cela est causé par une infiltration tuberculeuse et provoque les œdèmes pyriformes si connus qui sont si caractéristiques de l'affection.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous savons qu'un envahissement profond peut se produire par la propagation des tubercules dans les parois des lymphatiques aussi bien que dans celles des vaisseaux sanguins (cf. les recherches du Prof. Benda) ¹.

b) Mon expérience personnelle m'amène à dire que même cet état est rare sans une laryngite antérieure, et que bien des malades atteints d'enrouement et d'aphonie font remonter leur maladie à un refroidissement de la gorge.

L'apparition ordinaire de la tuberculose laryngée est précédée d'une laryngite généralisée, dont le stade aigu cède au traitement, mais laisse souvent un catarrhe chronique de la région interaryténoïdienne, des replis aryténo-épiglottiques et des cordes. Les papilles turgescentes peuvent être vues par un examen laryngoscopique ordinaire et on constate habituellement une apparence veloutée et irrégulière avec un peu d'œdème.

V. — Les périodes d'ulcération de la laryngite tuberculeuse.

Les deux états précédents sont les avant-coureurs du processus d'ulcération. L'ulcération superficielle du début dans les régions visibles peut guérir, mais l'infiltration profonde est l'acheminement vers les stades plus avancés de l'affection. L'ulcération interaryténoïdienne s'étend le long des cordes vocales,

1. Travaux du Congrès international de la tuberculose (Berlin), vol. VIII Prof. BENDA.

elle amène la fissure longitudinale (aspect ordinaire de l'ulcération du début et plus commun, je crois, du côté droit, quoique souvent bilatéral).

Une ulcération rongeante apparaît, elle met à nu l'aryténoïde d'un côté ou des deux côtés, elle amène l'immobilisation d'une corde ou s'étend en d'autres régions et produit de l'œdème et dans les périodes terminales, de la périchondrite des éléments cartilagineux environnants.

Quand l'affection est avancée, on constate une ulcération destructrice de presque toute la muqueuse des tissus du larynx (dans quelques cas, elle englobe l'épiglotte et la trachée).

VI. — Traitement des périodes préliminaires : anémique et catarrhale.

Les considérations que j'ai exposées me semblent essentielles pour un jugement de la ligne rationnelle de traitement à adopter dans les cas de début.

Traitement prophylactique et local (calmant et astringent). Amélioration de la nutrition générale par la cure d'air, par une nourriture abondante, par les toniques et les remèdes qui augmentent les échanges nutritifs. Traitement du catarrhe à tous ses degrés par des calmants, des astringents doux appliqués sur la muqueuse du larynx : surtout inhalations de vapeurs de pin sylvestre et de teinture de benjoin composée. Le repos du larynx est capital, surtout chez les personnes chez lesquelles l'irritation originelle semble avoir été provoquée par une fatigue extraordinaire de la voix. Éviter les poussières atmosphériques et les métiers dans lesquels il y a production de particules irritantes ; quand on ne peut réaliser cela, surtout dans la classe pauvre (qui est obligée de travailler tous les jours), faire porter un respirateur. L'apaisement de la toux par des calmants ou des inhalations a une importance primordiale.

VII. — La deuxième période ou période d'ulcérations au début.

a) TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Quand le stade catarrhal s'est transformé en stade ulcéreux, le cas offre encore de l'espoir, mais cette complication ajoute quelque gravité à l'affection pulmonaire concomitante. La tendance à l'exacerbation du catarrhe est très augmentée, et bien qu'il faille continuer les mesures tendant à relever la nutrition indiquées dans la tuberculose, il faut, de plus, veiller à mettre le

malade à l'abri du vent froid et de tout incident qui donnerait un coup de fouet au catarrhe.

Il faut insister sur le repos absolu du larynx ; on interdira de parler ; mais, si la parole était nécessaire, elle ne devra pas être plus élevée que le chuchotement. Il faut que le malade se pénètre de l'idée que le silence est un facteur essentiel de la guérison. La toux irritante sera traitée comme nous l'avons indiquée plus haut.

b) TRAITEMENT LOCAL.

Si l'ulcération est dans la région interaryténoïdienne ou sur une corde, si elle est superficielle et facile à constater par l'examen laryngoscopique, je ne connais pas de meilleure méthode que le badigeonnage à l'acide lactique, à degrés progressifs, pour terminer par une solution saturée. La région sera badigeonnée d'abord à la cocaïne. Les inhalations, surtout celles qui contiennent les préparations d'iode, soit en solution, soit en combinaison, me paraissent utiles.

L'administration d'une nouvelle combinaison iodée, appelée « Iodipine » a été très vantée comme produisant une amélioration très marquée du processus tuberculeux du poumon et du larynx. J'ai la conviction que l'iode sous forme d'inhalations ou de remède rend des services dans la tuberculose.

c) Le traitement sérothérapique de la tuberculose est une question large et importante qui attire l'attention de ceux qui s'intéressent d'une manière active au traitement des maladies tuberculeuses.

Pour le moment, j'étudie la tuberculine et le traitement par l'antitoxine du Dr Marmorek, de Paris. Quelques-uns de mes confrères sont en train de traiter des malades avec le sérum du Dr Beranek. La grande difficulté consiste en ce que nous ne pouvons pas avoir de malades à un stade assez peu avancé. Telle est, je crois, la voie dans laquelle on trouvera la solution définitive de la question.

Actuellement, je ne suis pas en mesure de fournir des renseignements positifs sur les résultats.

VIII. — La période ulcéreuse prononcée et avancée.

Il est rare de trouver des ulcérations étendues du larynx, sans que la tuberculose pulmonaire ait fait de grands ravages.

Dans le petit nombre de cas qui font exception à cette règle, dans lesquels le processus ulcéreux laryngien domine la scène

et où il y a une vaste infiltration produisant des tumeurs tuberculeuses du larynx ou un œdème dangereux, on peut avoir recours aux mesures opératoires. Parfois, il faut faire la trachéotomie ou même la thyrotomie avec ablation des régions malades ou excision du larynx. Les cas de ce genre guérissent rarement, mais il y a cependant quelques guérisons à noter.

Cette complication chez les malades où la tuberculose pulmonaire est grave rend les cas désespérés.

Le traitement consiste à diminuer les symptômes. Généralement la douleur est provoquée par les mouvements du larynx, par la parole et la déglutition ; elle existe quand il y a ulcération ou œdème de l'épiglotte, ou périchondrite des parties cartilagineuses. Dans le premier cas surtout, si c'est la face supérieure qui est atteinte, les gargarismes au borate de soude et à l'opium procureront du soulagement.

Les tablettes de cocaïne, les pulvérisations de cocaïne administrées peu de temps avant les repas, rendent de grands services.

Si ces médicaments échouent et si la douleur est causée par des ulcérations laryngées profondes, il n'y a pas de remède supérieur à l'orthoforme en insufflations. L'insufflation d'une poudre composée d'un quart de grain (le grain équivaut environ à 6 centigrammes $1/2$) de morphine avec l'acide borique, ou du sucre en poudre ou de l'amidon soulage le patient, mais son action ne peut pas être comparée à celle de l'orthoforme.

Nous n'avons pas de remède certain pour la salivation pénible qui existe dans les cas avancés.

Pour terminer, je désire faire ressortir l'importance qu'il y a à surveiller et à soulager toute affection catarrhale du larynx à ses débuts. Ce stade avant-coureur peut être guéri par le traitement. Le processus d'ulcération, au début, doit laisser beaucoup d'espoir, pourvu que l'affection pulmonaire ne soit pas étendue. Quand les symptômes laryngiens prédominent, on peut avoir recours aux interventions chirurgicales.

Les périodes d'ulcérations étendues du larynx, quand elles sont accompagnées d'une atteinte grave aux poumons, sont sans espoir et doivent être soumises seulement à un traitement palliatif.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

II. — THÉRAPEUTIQUE

I

LA LARYNGOTOMIE DANS LA TUBERCULOSE DU LARYNX

Par **HANSBERG** (de Dortmund).

Il y a sans doute aujourd'hui très peu de laryngologistes qui soient dans le clan de l'opposition aux interventions chirurgicales dans la tuberculose laryngée ; on est de plus en plus convaincu que les interventions chirurgicales peuvent amener non seulement des succès passagers, la disparition ou le soulagement des souffrances du malade, mais aussi produire souvent une guérison durable. Des spécialistes dignes de toute confiance ont rapporté de nombreux cas guéris ; nous savons aussi qu'il est rare de voir, dans des circonstances exceptionnellement favorables, la tuberculose laryngée guérir spontanément, mais que cette guérison spontanée est très favorisée par un traitement chirurgical approprié.

Les méthodes dont nous devons tenir compte dans le traitement chirurgical de l'affection, se distinguent en intra-laryngienne et extra-laryngienne. Pour des motifs faciles à comprendre, c'est la première qui est le plus en usage ; elle donne d'excellents résultats quand on sait bien choisir ses cas ; je pourrais citer pas mal de mes malades chez lesquels l'intervention intra-laryngienne a donné des guérisons durables. Mais, il y a nombre de cas dans lesquels il est impossible d'enlever tout le tissu morbide par voie endolaryngée ; les infiltrations sont ou trop étendues ou ont une situation défavorable, ou bien il y a d'autres motifs qui nous obligent à renoncer à un traitement par les voies naturelles. Dans ces cas, nous sommes contraints de donner la préférence à la méthode extralaryngée et de pratiquer la laryngofissure.

Je rappellerai tout d'abord que déjà en 1880, Moritz Schmidt avait préconisé la trachéotomie dans la tuberculose du larynx, il la recommandait non seulement comme une *indication vitale*, mais encore il voulait obtenir l'amélioration et la guérison du larynx tuberculeux en le mettant au repos. Nous ne pouvons nier

qu'on ne puisse ainsi obtenir des résultats ; les renseignements de Schmidt ont été confirmés par d'autres auteurs ; mais la laryngotomie, à laquelle, du reste, Schmidt ne fait pas opposition, est le procédé radical, nous conduisant au but avec plus de certitude et grâce auquel nous pouvons extirper le processus tuberculeux du larynx quand il a pris une grande extension. Il est, cependant, de fait que la laryngofissure est peu employée ; dans le travail sérieux, si connu de Blumenfeld, nous ne trouvons que cinquante-quatre cas, dans lesquels la laryngotomie a été faite pour tuberculose du larynx. C'est un faible chiffre, qui doit frapper d'autant plus que d'après la statistique de Blumenfeld les résultats sont loin d'être aussi mauvais que cela. Dans dix-huit cas, il y eut aggravation, dans neuf cas amélioration insignifiante, dans douze cas amélioration sérieuse et dans quinze cas, il y eut guérison complète qui pour quelques-uns se maintint pendant vingt ans. Donc, il y eut guérison dans 28 % des cas, résultat qui, étant donné le peu de chances que fournit la méthode passive, doit encourager à de nouvelles tentatives ; il faut supposer que quand les indications seront bien posées et les cas bien choisis, les résultats seront encore meilleurs. Seule une sélection soigneuse et prudente des cas décidera du succès et de l'avenir de la laryngotomie dans la tuberculose laryngée ; c'est l'avis de tous les auteurs. Quiconque croira avoir le droit de pratiquer cette intervention dans un cas de phtisie pulmonaire et laryngée étendue et rapidement progressive, chez un malade cachectique et atteint de fièvre, ira incontestablement au-devant d'un échec, il aura non une guérison, mais, une aggravation rapide. Il faut donc absolument choisir les cas de façon très scrupuleuse ; on fera bien de limiter ces interventions aux cas dans lesquels l'état général est relativement bon, où l'affection pulmonaire n'existe pas (ce qui est malheureusement très rare) ou est peu considérable, ou a subi un temps d'arrêt et dans lesquels la tuberculose du larynx ne fait pas de rapides progrès. La tuberculose laryngée étendue ne devra pas faire obstacle à l'intervention quand l'état général et celui du poumon sont bons. Si l'on opère en suivant ces indications, je suis convaincu que les résultats deviendront meilleurs et que le temps n'est pas loin où l'on se décidera plus facilement qu'aujourd'hui à pratiquer cette opération.

C'est à une sélection minutieuse des cas que, certainement, je dois attribuer les succès obtenus chez mes opérés. Il y en a en tout trois, tous les trois guéris, au moins en ce qui concerne la tuberculose du larynx.

Le premier cas est celui d'un ouvrier de quarante-cinq ans, entré en août 1902 dans mon service avec le diagnostic : phtisie pulmonaire et laryngée. Autrefois en bonne santé, le malade avait depuis deux ans de la toux et de l'expectoration ; un an plus tard, sa voix devint enrouée et il avait assez souvent des douleurs de déglutition. Il maigrit peu à peu et perdit 11 kgs 500.

Cet homme, bien bâti, était encore en assez bon état de nutrition ; l'appétit était bon, pas de fièvre ; la voix n'avait aucune sonorité. Je constatai au miroir un œdème diffus de l'entrée du larynx ; les deux bandes ventriculaires étaient très infiltrées, elles recouvraient entièrement les cordes, la paroi postérieure était indemne.

La percussion indiquait au sommet droit de la submatité ; à l'auscultation, on entendait une rudesse inspiratoire et expiratoire et des râles à bulles moyennes. Bacilles dans les crachats.

Étant donnée l'infiltration étendue des deux bandes ventriculaires qui s'étendait aussi un peu au voisinage, étant donnée aussi la quasi-certitude que les parties du larynx, situées au-dessous des bandes infiltrées, étaient aussi malades, ce qu'indiquait la voix absolument éteinte, je proposai tout de suite la laryngotomie que le malade accepta.

Dans la narcose, je fis d'abord, le 24 septembre, la trachéotomie immédiatement au-dessous du cricoïde ; l'incision externe fut faite en avant depuis l'os hyoïde jusqu'au creux sus-sternal, le cartilage thyroïde mis à nu, puis la trachée sectionnée et la canule mise en place. La laryngotomie n'eut été exécutée qu'au bout de trois semaines seulement parce que le malade eut un eczéma dû au sublimé et eut, par suite, un peu de fièvre pendant les premiers jours. Après incision du larynx, je trouvai la corde gauche tout à fait ulcérée ; je l'excisai profondément sur toute sa longueur, j'enlevai aussi les deux bandes ventriculaires ainsi qu'une partie de la muqueuse du larynx au-dessus d'elles. La paroi postérieure ne fut pas touchée.

La marche ultérieure ne présenta pas de réaction ; la canule fut enlevée au bout de quatre jours, l'incision laryngienne fut fermée par du diachylon. Le malade se remit à vue d'œil, l'appétit était bon ; sous l'influence du traitement à la tuberculine, l'état du poumon s'améliora de sorte qu'au bout de quelques mois on ne trouvait de râles nulle part. Les plaies internes du larynx guérèrent très bien, l'incision externe se ferma bientôt. La voix resta cependant rauque et sans sonorité, mais très intelligible.

Voici quel était l'état du patient à sa sortie, le 25 mars 1903 :

Aspect florissant de bonne santé, plus de râles aux poumons, toux disparue. Les deux bandes ventriculaires manquent et sont remplacées par du tissu cicatriciel de couleur gris rougeâtre. La corde droite se meut très bien, elle est partout lisse et luisante ; à la place de la corde gauche enlevée il y a un épaississement en forme de bourrelet à superficie unie. L'intérieur du larynx est partout lisse, sans modification.

Quand je revis le malade dans l'automne de 1903, l'état du poumon et du larynx était resté le même ; l'état général était bon. Au printemps de 1904, comme le malade vivait dans de mauvaises conditions, l'affection pulmonaire avait de nouveau fait des progrès, mais le larynx était resté en bon état. La situation était la même à l'automne de 1904 ; mais, comme je l'appris plus tard, le patient fut interné dans un asile d'aliénés et y est mort à la fin de l'année.

Le second cas est celui d'un négociant de vingt-neuf ans qui dans l'été de 1901 fut atteint, à l'étranger, d'enrouement et traité par l'acide lactique. L'affection laryngée fut considérée comme tuberculeuse ; les poumons étaient sains. Un an plus tard, il fut traité en Allemagne par un confrère à l'aide de l'iode de potassium qui resta sans effet, ; par contre le malade réagit à la tuberculine.

Je commençai à le traiter en janvier 1903. Il était de constitution débile et avait beaucoup de palpitations, sans qu'il y eût rien de pathologique au cœur. Voix très enrouée. poumons en bon état.

Les deux cordes étaient infiltrées à leur partie antérieure, ulcérées et couvertes de granulations ; la bande ventriculaire gauche était infiltrée et couverte de granulations à sa partie postérieure. La paroi postérieure était indemne.

Les cordes furent traitées à fond avec la pince, la curette, le galvano-cautère, ce qui amena enfin une guérison de la corde droite ; mais, les modifications persistèrent du côté gauche. L'affection gênait beaucoup le malade dans sa profession ; il se décida volontiers à subir la laryngotomie.

Le 1^{er} septembre 1903 je fis la trachéotomie, avec narcose et en même temps, comme dans le cas précédent, je mis à nu la face antérieure du larynx jusqu'au cartilage. Huit jours plus tard, avec l'anesthésie locale, thyrotomie avec ablation complète de la bande ventriculaire gauche ; je ne laissai de la corde gauche qu'un petit bourrelet en haut et en bas. La canule fut supprimée tout de suite après l'opération.

Pas de réaction ; le malade sortit de l'hôpital huit jours après

la laryngo-fissure. La guérison de la tuberculose laryngée était parfaite, les résidus de la corde gauche adhéraient solidement entre eux, ils formaient une corde fonctionnant à peu près et dont le peu de motilité était compensée par la droite.

La voix demeura rauque et enrouée, mais, était forte et distincte. En même temps, le poids du malade augmenta. Je pus constater moi-même la guérison parfaite pendant plusieurs mois ; puis le malade repartit à l'étranger, où comme on me l'a fait savoir, il va très bien. Il ne s'est plus plaint du larynx ; la voix est encore rauque, mais, plus forte qu'avant. L'examen microscopique indiqua qu'il s'agissait, sans conteste, de tuberculose.

Le troisième cas est celui d'un professeur de l'Enseignement secondaire qui eut une hémoptysie en janvier 1890, sans altérations du poumon. Quelque temps après apparurent des troubles progressifs de la respiration, c'est pourquoi le médecin traitant, le Dr Steilberger, me fit appeler.

État du larynx : voix peu voilée, cordes vocales à peine injectées ; au-dessous d'elles, de chaque côté, d'épais bourrelets de couleur rouge pâle. A cause de la sténose progressive, le médecin chef du Luisenhospital, le Dr Gerstein, pratiqua le 16 février, d'abord une trachéotomie, suivie immédiatement d'une laryngotomie partielle, de sorte qu'on pût bien voir la région sous-glottique. Celle-ci était occupée par deux bourrelets de couleur pâle, très œdématiés, comme on le voit assez fréquemment dans la tuberculose du larynx. Les bourrelets furent brûlés à fond avec le thermo-cautère ; guérison sans incidents. Au bout de six mois, le malade était en état de reprendre sa profession qu'il a exercée sans interruption jusqu'à aujourd'hui ; la voix, comme j'ai pu m'en rendre compte il y a quelques années, est sonore et distincte.

L'examen microscopique n'a pas été fait dans ce cas, mais la marche de l'affection et l'état du larynx, parlaient en faveur de la tuberculose. On pouvait éliminer la syphilis. On ne pouvait penser à une laryngite sous-glottique, car les phénomènes inflammatoires faisaient totalement défaut.

Donc, dans les trois cas, il y a eu guérison complète ; dans le premier cas, elle a été durable, bien qu'un an et demi après, l'affection pulmonaire qui semblait guérie, ait récidivé ; mais, la guérison du larynx put être constatée six mois plus tard, peu de temps avant la mort. Il est à supposer que dans de bonnes conditions de milieu, la tuberculose pulmonaire aurait aussi guéri de façon durable. Dans le troisième cas, la guérison dure

depuis quinze ans, le malade n'est pas gêné dans sa carrière de professeur, ce cas rappelle celui si connu de HOPMANN où il s'agit d'un prédicateur auquel on enleva une tumeur tuberculeuse du larynx et qui, depuis vingt ans, exerce encore sa profession.

Nous voyons donc que la laryngotomie dans la tuberculose du larynx ne doit pas être bannie de façon absolue, que dans des cas appropriés, elle donne de très bons résultats, mais, qu'une soigneuse sélection est indispensable.

Dans deux de mes cas, j'ai opéré suivant une méthode particulière ; je n'ai pas fait suivre immédiatement la trachéotomie de la laryngotomie ; j'ai exécuté cette dernière huit jours plus tard. En règle générale, on a l'habitude de faire ces deux opérations en même temps ; on limite l'opération en deux temps aux cas dans lesquels les malades sont très cachectiques, sont atteints de catarrhe bronchique et dont le sang est surchargé d'acide carbonique. A mon avis, on a plus de chances pour une issue heureuse quand on fait d'abord la trachéotomie et qu'on attend quelque temps avant de pratiquer la laryngotomie. Il faut tenir compte de ce qu'un malade est placé, par la trachéotomie, dans d'autres conditions, auxquelles il est bon qu'il s'habitue : j'ai toujours vu que l'intervention laryngée, même étendue, est mieux supportée quand on la fait quelque temps après la trachéotomie. Je crois qu'il faut faire cette intervention avec l'anesthésie locale qui m'en facilita l'exécution dans quelques cas, même quand j'étais forcé d'enlever de larges parties de la charpente cartilagineuse. C'est pourquoi à la première intervention, je fais une incision allant de l'os hyoïde au creux sus-sternal, je mets à nu le larynx et la trachée jusqu'au cartilage et, dans les cas où il faut enlever des parties du cartilage du larynx comme c'est souvent le cas dans les tumeurs malignes, je décolle et repousse sur un certain trajet le périchondre du cartilage thyroïde. Puis, je fais d'abord une trachéotomie inférieure et, ordinairement, huit jours plus tard, la laryngotomie. Je puis ainsi cocaïniser l'intérieur du larynx par l'ouverture de la trachéotomie, je puis aussi le soumettre à l'action de l'adrénaline ; on traitera de la même façon la surface externe mise à nu et cruentée du larynx. On est ainsi en mesure d'exécuter presque sans douleur des interventions étendues sur le larynx et il n'est pas douteux que cette manière de faire diminue les dangers de l'opération externe du larynx, qui sont égaux à zéro dans la laryngotomie simple.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

II

RÉSULTATS DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR LES AFFECTIONS ASSOCIÉES DES SINUS MAXILLAIRES ETHMOÏDAL ET SPHÉNOÏDAL¹

Par **PASSMORE BERENS** (de New-York).
Chirurgien de l'Hôpital oto-rhino-laryngologique de Manhattan.

A la requête du Président, j'ai l'honneur et le plaisir de vous décrire une fois encore l'opération par voie maxillaire pour la guérison radicale des sinusites multiples chroniques quand elles atteignent l'antre d'Highmore, le labyrinthe ethmoïdal et le sinus sphénoïdal. Jansen, Böeninghausen et Mouret ont décrit des interventions pour la guérison radicale de l'empyème maxillaire, lesquelles sont plus ou moins semblables dans leur technique. L'opération à laquelle j'ai recours s'applique aux trois cavités : maxillaire, ethmoïdale et sphénoïdale et au point de vue pratique, elle dérive de la technique de celle de Jansen, de Berlin. Il suffira de donner ici une brève esquisse de cette opération, telle qu'elle a été décrite à la dernière réunion de cette société (*Transactions*, 1904, p. 89).

Placer un tampon rétro-nasal et attirer la langue en avant au moyen d'un fil passé à travers sa pointe. On fait alors une ouverture dans l'antre d'Highmore par la fosse canine et on l'agrandit jusqu'à ablation à peu près complète de la paroi antéro-latérale. On enlève alors entièrement la paroi osseuse antro-nasale, en conservant aussi loin que possible la muqueuse du côté nasal. On enlève ensuite les cellules ethmoïdales et l'apophyse ethmoïdale des cornets. On ouvre le sinus sphénoïdal soit par son ouverture, soit à travers la cellule ethmoïdale postérieure. On agrandit ensuite cette ouverture jusqu'à ablation aussi complète que possible de la paroi antérieure; on examine la cavité du sinus et on enlève le contenu pathologique. Le champ opératoire est éclairé par une lampe frontale portée par le chirurgien. Le maniement des instruments est en outre favorisé par le petit doigt introduit profondément dans la fosse nasale. La com-

1. Communication à la réunion annuelle de la Société oto-rhino-laryngologique américaine, le 6 juin 1905, à Boston.

binaison de la vue et du toucher fait disparaître la sensation d'incertitude qui accompagne généralement les interventions faites dans l'intérieur du nez; c'est pourquoi nous recommandons de choisir la voie indiquée plutôt que la voie endo-nasale. Les hémorragies pendant l'opération sont arrêtées ordinairement par des tampons de gaze imbibés de solution d'adrénaline, bien que parfois on soit obligé d'avoir recours à la pince à forcipresure pour saisir les vaisseaux sphéno-palatins.

Je tiens à faire ressortir que cette opération est spécialement indiquée pour guérir les cas de sinusite multiple chronique englobant les sinus maxillaire et ethmoïdal ou les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal; elle n'a pas pour but d'être mise en œuvre dans les affections limitées au sinus ethmoïdal ou sphénoïdal ou dans les cas peu graves ou aigus qu'on rencontre ordinairement. Il peut y avoir des cas où l'emploi de la voie maxillaire est justifié quand on veut ouvrir rapidement et en toute sécurité le sinus sphénoïdal; par exemple, quand des affections de ce sinus amènent des troubles généraux graves et qu'on ne peut atteindre la cavité à cause d'une déformation nasale quelque assez considérable pour empêcher une intervention endo-nasale; dans un cas de ce genre, je perforerais certainement un sinus maxillaire sain pour arriver au siège de la maladie.

Jedois insister sur les points suivants: la paroi osseuse antro-nasale doit être *complètement* enlevée. L'ouverture du sinus sphénoïdal doit consister dans la destruction d'à peu près toute la paroi antérieure, et même dans quelques cas, d'une partie du plancher. Le curettage des cellules ethmoïdales doit consister dans leur ablation complète, même, ceci est à noter, si la lame papyracée est mince, ou si la lame criblée est très voisine. La présence de ces éléments nous enseigne que toute opération dans leur voisinage doit être assez complète pour que nous soyons sûrs que plus tard la région pourra être maintenu en état de propreté chirurgicale: on n'y arrivera que par l'ablation totale des éléments atteints.

La chirurgie du labyrinthe ethmoïdal peut être comparée à celle des cellules de la mastoïde. Qui hésiterait, aujourd'hui, avec la technique moderne, à enlever les cellules parce que la dure-mère pourrait être mise à nu? Qui hésiterait encore à curetter toutes les cellules mastoïdiennes jusqu'à la table interne de l'os sous le prétexte que le sinus latéral pourrait être atteint? Ces questions de chirurgie du labyrinthe ethmoïdal sont des questions de technique, mais d'une technique, qui doit toujours être guidée par des connaissances anatomiques exactes et par le jugement qui a l'expérience pour unique origine.

J'ai exécuté vingt fois l'opération décrite plus haut. Quatorze de ces cas ont été communiqués à cette Société lors de la dernière réunion annuelle (*loco citato*). Depuis, je l'ai pratiquée sur six autres cas de sinusites multiples.

Des cas rapportés l'année dernière, deux sont morts, l'un de tuberculose, ainsi que je l'avais dit alors, l'autre de cachexie consécutive à une affection maligne (épithélioma) des cavités accessoires du nez. Sur les douze autres malades, sept sont en parfaite santé. Chez ces sept malades, le pus, de nature épaisse, crémeuse, qui les incommodait avant l'opération, ne se montra pas durant les attaques de coryza ou de grippe qui les ont frappés, bien que les sécrétions fussent mucopurulentes des deux côtés pendant les attaques. Ils n'ont pas eu non plus de formation de croûtes. Les malades n'ont eu aucun désagrément et sont enchantés de leur état. Des cinq autres patients dont il a été question l'an dernier, un a eu une accumulation de pus dans le sinus sphénoïdal. Ce pus se manifestait sous forme de grosses croûtes disséminées dans le nez; quand on les enleva, on constata du pus liquide faisant issue par une fente étroite, à peine assez large pour laisser passer une sonde. Cette fente était tout ce qui restait de la vaste ouverture faite lors de l'opération. Chez un deuxième malade il y avait occlusion presque complète du sinus sphénoïdal, elle était accompagnée d'une troisième récurrence de tic douloureux, dont le malade avait été auparavant à deux reprises différentes, débarrassé par une opération sur le sinus sphénoïdal. Chez ce malade, le pus formait aussi des croûtes volumineuses. Le tic disparut après l'ouverture large et le traitement consécutif du sinus. Dans ces deux cas, le pus et les croûtes ne se reformèrent pas après large ouverture et curetage soigneux du sinus sphénoïdal. Dans deux autres cas, on nota la formation continue de croûtes gênantes; nous pûmes enfin constater que chez les deux patients elles avaient pour origine un empyème du sinus frontal. L'opération de ce dernier par les méthodes combinées de Kuhnt et de Luc amena la cessation complète de la formation de croûtes; à l'heure actuelle les malades vont très bien. Le cinquième cas de croûtes avait pour cause la spécificité et guérit très vite par le traitement. Il est juste de dire que, dans trois de ces cinq cas, à cause d'une légère accumulation de petites croûtes dans le nez, il faut faire de temps en temps des lavages. Ces trois malades avaient, avant l'opération, de l'atrophie de la muqueuse. Dans deux autres cas, il y a quelquefois de la sécheresse de la cloison et quelques croûtes sur la paroi postérieure du pharynx, mais on vient à bout de prévenir ces symptômes par l'emploi de la vaseline.

On voit donc que sur les quatorze cas rapportés l'an dernier, sept sont aujourd'hui dans un état qu'à bon droit on peut appeler normal. Cinq (des quatorze) doivent de temps en temps, c'est-à-dire tous les deux, trois ou quatre jours, avoir recours à une douche nasale ou à l'emploi de vaseline, à cause de la sécheresse; cependant, trois d'entre eux avaient, avant l'opération, de l'atrophie de la muqueuse avec formation de croûtes et depuis l'intervention, leur état a été très amélioré.

Rappelons que dans le compte rendu de l'an dernier (*loc. cit.*) quelques-uns des anciens cas opérés avaient dû subir un curetage des cellules ethmoïdales négligées, pour faire disparaître le pus et les croûtes. Ces cas vont bien et ont été mis au nombre des cas guéris.

Sur les six cas opérés depuis juin 1904, un était un cas de pansinusite aiguë du côté droit, ayant un mois de date. L'infection était due, sans doute, à la grippe. Le malade, un homme de trente ans, avait été traité pendant un mois, suivant la méthode conservatrice, par deux habiles rhinologistes, dont l'un avait conseillé l'opération radicale à cause de la douleur et des symptômes généraux de pyohémie. Lors de l'opération (le 23 décembre 1904), les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal furent trouvés pleins de pus et de tissu de granulation. On pénétra dans le sinus frontal à travers les cellules ethmoïdales, par la voie du sinus maxillaire et du nez. De cette façon on put faire un drainage complet du sinus frontal. Nous espérions pouvoir obtenir ainsi la guérison de la sinusite frontale.

Mais, il fut loin d'en être ainsi. Quatre semaines plus tard, à cause de l'élévation de température, de la douleur constante et de la réinfection continuelle du nez par le pus venant du sinus frontal, on ouvrit celui-ci par la méthode combinée de Kuhnt-Luc. Le sinus était plein de pus et de tissu de granulation cédématié, bien qu'un drainage complet ait été établi lors de la première opération. Ceci montre que le drainage seul ne suffit pas à amener la guérison même dans les cas aigus de sinusite frontale. La convalescence fut interrompue par l'occlusion partielle de l'ouverture naso-frontale par du tissu de granulation : nous y remédiâmes par un curetage effectué avec l'insensibilisation à la cocaïne. Depuis les trois derniers mois, on n'a fait aucun traitement et il n'y a pas eu d'écoulement.

Les cinq autres cas, tous des cas de sinusites multiples chroniques avaient été traités par pas mal de spécialistes. Deux présentaient de l'atrophie de la muqueuse et trois de la dégénérescence myxomateuse. Le temps me manque pour en donner la

description. Tous vont bien actuellement, quoique deux d'entre eux soient obligés d'avoir, de temps en temps, recours à la douche nasale et qu'un troisième doive faire des pulvérisations huileuses à cause de la sécheresse de son pharynx.

Quand, dans les cas rapportés, nous avons trouvé des croûtes après l'opération, nous avons pu dans chaque cas nous assurer qu'elles avaient pour origine la suppuration d'un sinus ou d'une cellule, frontal, ethmoïdal ou sphénoïdal. Dans ces cas, nous n'avons pas trouvé de pus dans le sinus maxillaire, sauf dans un cas, où l'os du cornet inférieur avait été incomplètement enlevé à l'opération; son ablation complète fut suivie de l'arrêt de la formation de pus. Mon expérience m'a enseigné que plus l'ablation des cellules ethmoïdales est complète, moins il y a de chance pour une suppuration postopératoire ou pour formation de croûtes. Je suis convaincu que les résultats obtenus dans ces cas n'auraient pu être atteints par une intervention endo-nasale, car la majorité avait été, pendant quelques années, traitée par les diverses méthodes nasales. La voie suivie offre des avantages que ne présente pas l'opération endo-nasale; elle est plus sûre, car elle donne plus d'espace pour le maniement des instruments; elle permet non seulement l'examen du champ opératoire, mais permet aussi de conduire les instruments sur le doigt, soit à travers le nez, soit par la plaie et elle facilite l'arrêt de l'hémorragie sérieuse qui peut se faire si facilement par les vaisseaux sphéno-maxillaires; enfin elle permet l'exentération non seulement de tous les éléments malades, mais de ceux qui peuvent gêner le drainage et le traitement ultérieur.

Les lésions de la dure-mère, du cerveau ou d'autres organes importants sont toujours possibles dans les interventions étendues sur les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal; et il n'est pas improbable que la maladie puisse, dans quelques cas, atteindre ces organes. Ces dangers sont une raison suffisante pour nous faire choisir une voie qui assurera l'accès le plus facile, la propreté et la régularité les plus complètes de la plaie, le meilleur drainage et la plus grande facilité pour le traitement ultérieur.

Voici les résultats des vingt cas opérés :

Onze sont guéris : sept depuis deux ans, deux depuis un an, un depuis six mois, un depuis quatre mois. Trois étaient des cas de pansinusite unilatérale.

Cinq cas avec atrophie de la muqueuse avant l'opération doivent faire de temps en temps des lavages ; ils sont très améliorés. Deux de ces cas sont d'origine spécifique et la formation

des croûtes est arrêtée par le traitement général; un a une sinusite frontale qui explique la persistance de la formation de croûtes et de pus; ce cas est lui-même très amélioré.

Quatre cas de tic douloureux ont été guéris.

Neuf malades ont eu la grippe et quatre le coryza sans qu'il en résultât d'inconvénients.

Quinze ont eu une diminution marquée de l'odorat du côté malade.

Un a un rétrécissement du canal lacrymal, guéri par le cathétérisme du conduit.

Deux ont échappé à l'observation, mais étaient en bonnes conditions lorsque nous avons eu de leurs nouvelles pour la dernière fois.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

III

POLYPE NASO-PHARYNGIEN

OPÉRATION PAR VOIE BUCCALE ET PAR VOIE EXTERNE

Par **A. BONAIN**,

chirurgien-adjoint de l'Hôpital civil de Brest
(oto-rhino-laryngologie)

Le 15 juillet 1903, le sieur G... Jean-Louis, âgé de 20 ans, entrain à l'hôpital de Brest pour être opéré d'un polype naso-pharyngien. Le malade souffrait depuis un an environ et avait des hémorragies, en moyenne deux fois par mois. La joue droite était très tuméfiée et des masses bourgeonnantes faisaient issue par la narine droite.

A l'examen de la gorge on apercevait le voile palatin fortement refoulé en avant par une tumeur grisâtre, de consistance dure, remplissant tout le naso-pharynx.

La tuméfaction de la joue était molle, pseudo-fluctuante, faisant saillie dans la cavité buccale. Une ponction faite par la face interne de la joue donna lieu à un simple écoulement de sang.

L'opération eut lieu le 20 juillet, sous chloroforme, dans la position de Rose. En explorant avec le doigt, je me rendis compte que la tumeur n'était pas insérée comme je le pensais tout d'abord sur l'apophyse basilaire, mais bien sur l'aile interne de l'apophyse ptéridoïde. J'essayai vainement de désinsérer le pédicule avec la rugine. Cela saignant beaucoup, j'enserrai le pédicule avec une forte pince courbe et je l'arrachai par torsion. Je tamponnai immédiatement le naso-pharynx avec un gros tampon de gaze stérilisée.

Je n'avais eu qu'une portion de la tumeur et certainement la moins volumineuse. Il s'agissait d'enlever les parties ramifiées dans la fosse nasale droite, le sinus maxillaire et sous les parties molles de la joue.

Je tentai d'arriver au but par une simple rhinotomie sous-labiale, espérant éviter toute cicatrice apparente. Une incision est pratiquée dans le cul-de-sac labio-gingival, de la première grosse molaire droite à l'incisive gauche. Le périoste ruginé, le cartilage de la cloison est sectionné et le nez relevé aussi haut que possible. Puis, pour mettre à jour les prolongements dans le sinus maxillaire, la base de l'apophyse montante est réséquée au ras du plancher de la fosse nasale jusqu'à un demi-centimètre environ du rebord orbitaire. Mais cela me donne un jour insuffisant et je suis gêné par les prolongements dans l'épaisseur des parties molles. L'hémorragie est assez forte et menace de se prolonger. Dans ces conditions, je préfère opérer à ciel ouvert et je pratique immédiatement l'incision de Nélaton dans le sillon naso-génien, contournant l'aile du nez et le bord inférieur de la

narine, puis sectionnant la lèvre supérieure sur sa partie médiane. Après dissection des tissus, j'ai ainsi un vaste lambeau qui, rejeté en dehors, me découvre toute la face antérieure du maxillaire supérieur en partie déjà réséquée. J'achève la résection des parties osseuses qui gênent encore et je procède à l'extirpation des masses néoplasiques très adhérentes de toutes parts à la muqueuse du sinus qui est ainsi complètement enlevée. Je vais à la recherche des prolongements qui se sont glissés sous la muqueuse de la joue et je débarrasse rapidement la fosse nasale droite de la plus grande partie des masses qui l'encombrent. J'arrête un instant l'opération pour tamponner les cavités du sinus et de la fosse nasale et arrêter l'hémorragie. Toute la paroi externe de la fosse nasale a disparu et la cloison est fortement refoulée à gauche. Je la redresse avec le doigt. Quand l'écoulement de sang a cessé, j'examine le naso-pharynx avec un doigt introduit par la fosse nasale et un autre doigt introduit par la bouche. Des débris de la tumeur insérés sur le pourtour de la choane postérieure sont enlevés à la pince coupante. L'opération est terminée. Pour parer au danger d'une hémorragie secondaire, un gros tampon de gaze stérilisée est fixé dans le naso-pharynx à l'aide d'un fil sortant par la narine droite. Les deux fosses nasales et le sinus maxillaire droit sont également tamponnés. La plaie cutanée est suturée avec soin aux crins de Florence. La lèvre est suturée à la soie. Il n'est pas fait de sutures de la plaie du sillon labio-gingival. Un gros pansement compressif à la gaze et à la ouate stérilisées est appliqué. Une injection de 200 grammes de sérum artificiel est pratiquée.

Les suites sont excellentes. Au bout de 48 heures le premier pansement est levé et les tampons du naso-pharynx et des fosses nasales sont extraits. La plaie du sillon labio-gingival est déjà réunie. Les fosses nasales et le naso-pharynx sont nettoyés à l'eau oxygénée légèrement tiède. Sur la ligne de sutures extérieures, je répands un peu de poudre de talc et d'oxyde de zinc et je fixe avec du collodion une mince bandelette de gaze stérilisée.

Les points de suture sont enlevés six jours après l'opération. La réunion est parfaite. Le malade sort de l'hôpital au bout de quinze jours.

Le diagnostic clinique fut confirmé par l'examen histologique pratiqué par mon distingué confrère, le Dr Lenoble, médecin-adjoint de l'hôpital civil de Brest. Il s'agissait d'un fibro-sarcome.

La tumeur n'a pas récidivé. Ayant, ces temps derniers, demandé des nouvelles de ce malade au Docteur Bouroullec du Faon, j'ai reçu de mon confrère, la réponse suivante : « Mon cher confrère, j'ai eu l'occasion, il y a quelque temps, de voir votre malade G... opéré en juillet 1903 d'un polype naso-pharyngien. Le résultat est jusqu'à présent superbe et il n'y a pas de récurrence. L'intervention n'a aucunement défiguré le jeune homme et il faut être au courant de la situation pour remarquer quelque chose. En somme succès complet et probablement guérison définitive. »

Cette observation nous montre que si le spécialiste veut rester maître de son champ d'action, il doit toujours être prêt à faire œuvre de grande chirurgie. Dans le cas présent, l'intervention par les voies naturelles offrait beaucoup de difficultés et risquait de rester incomplète tout en allongeant la durée de l'acte opératoire et en augmentant sa gravité, vu la perte de sang beaucoup plus grande qu'avec l'opération à ciel ouvert. La seule considération pouvant être opposée à l'intervention par voie externe était la cicatrice du visage. Or, nous avons vu que cette cicatrice était très peu apparente.

IV^e

L'AMYGDALOTOMIE BASE DU TRAITEMENT DES AFFECTIONS TONSILLAIRES

Par **G. B. HOPE** (de New-York).

Au cours de conférences faites récemment à Long Island Medical College sur les affections septiques aiguës de la gorge et du larynx, l'orateur, sir Felix Semon, fit ressortir les dangers d'influences septiques directes ou éloignées qui existent à l'état latent dans les affections de l'amygdale pharyngienne. Bien que ces faits soient loin d'être ignorés, les diverses conséquences résultant de la négligence apportée aux maladies de l'amygdale ne sont pas appréciées de manière exacte, jusqu'à ce que, à cause de la gravité des symptômes, on pratique l'ablation plutôt comme une dernière ressource que comme mesure préventive au début du développement de l'affection. Sans vouloir conclure d'une façon directe, le conférencier faisait implicitement et pourtant clairement ressortir que ces cas de terminaison brusque et fatale d'infection laryngienne ne se seraient pas produits s'ils n'avaient pas eu cette origine amygdalienne. Malgré les progrès que la spécialité a faits dans le traitement rationnel des complications, il y a encore bien des existences perdues par suite de mesures prophylactiques inefficaces qui permettent à l'affection de récidiver ou de progresser.

Il est singulier qu'on soit encore dans l'incertitude au sujet des fonctions physiologiques exactes de l'amygdale. Les errements quasi-superstitieux ont toujours fait participer cet organe aux phénomènes les plus variés; la fonction virile, l'altération de la voix, la croissance, voilà quelques-uns des préjugés encore existant que la foule associe dans son esprit à l'amygdale et qui ne sont pas tout à fait détruits chez un certain nombre de praticiens; c'est de cette manière que le malade est encouragé à supporter les douleurs qu'il endure, plutôt que de hasarder les effets inconnus et les dangers imaginaires qui s'opposent à une guérison radicale.

La dénomination d'amygdale, qui est celle des Français, est à quelques égards, préférable à la nôtre (*tonsils*), car elle renferme une mesure approximative de la forme et des dimensions de

l'organe, grâce à laquelle on peut apprécier, de la meilleure façon, les modifications anormales. Au point de vue anatomique l'amygdale est dans les limites du tube digestif; ce n'est pas une exagération que de la regarder comme une plaque de Peyer rudimentaire, ayant des nodules lymphatiques enveloppés dans un tissu adénoïde serré. Quoi qu'il en soit, pour un organe si diminué et si peu important en apparence, il y a, dans les limites de son développement imparfait, des affections qui peuvent l'atteindre, et qui, très marquées, rentrent dans la catégorie des maladies organiques et des affections par répercussion.

Jusqu'à quel point une amygdale peut-elle être considérée comme normale et inoffensive? Bosworth exprime l'opinion radicale que dans un pharynx sain, il n'y a pas d'amygdale. Étant donné le but de cet article et guidés par l'observation clinique, nous acceptons librement cette théorie dans les limites que lui donne l'auteur. Nous ne voulons pas dire que toute amygdale est dangereuse jusqu'à un certain point, mais qu'elle renferme une menace quant aux affections secondaires qui progressent suivant leur mode ordinaire et que, dans certaines occasions, celles-ci donnent à l'amygdale une capacité constante d'entrer en jeu et d'éveiller des symptômes qui dans d'autres conditions n'auraient pas existé. Bien plus, leur ablation, retardée jusqu'au moment de la nécessité, risque davantage d'être accompagnée de plus grandes difficultés et de dangers plus grands, alors que par une appréciation exacte et précoce de ces conséquences, on aurait pu contrebalancer tous ces risques.

Toutes les angines ont une origine infectieuse; elles viennent le plus souvent du dehors ou sont secondaires, grâce à une septicémie générale. En tenant compte de cela, Semon affirme « que l'infection qui existe habituellement dans les amygdales peut s'expliquer facilement par la structure anatomique de l'organe, parce que l'épithélium qui revêt ces glandes présente des lacunes assez larges pour permettre le passage des leucocytes, de telle sorte que, pour ainsi dire, leurs cryptes invitent presque les micro-organismes à faire des amygdales leur habitat primitif, lorsqu'ils sont en train d'envahir l'organisme ». Bien que nous n'en ayons pas la démonstration positive, il est raisonnable de croire qu'un grand nombre de maladies spécifiques de l'enfance ont quelques rapports avec la zone pharyngienne qui serait leur foyer d'origine. La diphtérie sans immunisation contre les récidives, la scarlatine, la rougeole, les oreillons, l'adénite cervicale avec prédisposition tuberculeuse, les complications laryngées de causes variées, la respiration buccale à laquelle on attribue le pouvoir

d'amener une augmentation rapide de bactéries de manière à compliquer et à rendre plus marqué l'état déjà existant, telles sont les conséquences auxquelles nous pouvons penser. La relation entre l'hypertrophie adénoïdienne et amygdalienne est obscure, mais leur coexistence dans un grand nombre de cas fait croire qu'il y a quelque dépendance au point de vue du développement dans lequel l'amygdale ferait plus que de jouer un rôle exclusivement passif.

Au fur et à mesure que l'amygdale augmente avec l'âge, il survient des conditions différentes qui sont les conséquences naturelles de l'hypertrophie établie. Les affections contagieuses de l'enfance font place à celles dans lesquelles l'exposition à un entourage plus âgé, aux changements de température, à des habitudes non hygiéniques, constituent la cause efficiente. Il est douteux qu'un organe lymphatique ayant été une seule fois le siège de processus inflammatoires aigus, puisse revenir à ses fonctions primitives; bien plutôt il sera dans une condition de moindre résistance. Beaucoup de médecins ont pour coutume d'encourager la croyance et l'idée que le temps amènera l'atrophie ou qu'au fur et à mesure que la constitution deviendra plus robuste, il se produira une immunisation ou que la puberté viendra faire disparaître l'habitude organique et mauvaise d'altérations du tissu de l'organe. Mais, cela est très loin de la réalité; il est de fait que c'est aux périodes plus avancées de la vie que le spécialiste est appelé à traiter les affections dépendant de l'amygdale et les effets éloignés, mais cependant toujours sous l'influence de cet organe. Avec les intentions les plus pures vis-à-vis des patients, on emploie une foule de remèdes, locaux ou généraux pour amener la résorption ou pour fermer à jamais les « bouches » des cryptes agrandies, en même temps qu'on administre des toniques et des altérants pour lutter contre les prétendues diathèses strumeuse et rhumatismale. Quand tout va pour le mieux, le succès n'est que partiel et le sujet continue sa voie hésitante avec une santé toujours chancelante. Les mycoses amygdaliennes qui doivent être soumises à un traitement long et pénible, les ulcérations chroniques, les plaques muqueuses récidivantes, les kystes à contenu purulent, les cryptes bourrées d'un magma fétide, sont des indications qui suffisent à favoriser l'emploi des remèdes plus que palliatifs. La question de savoir quelle est la meilleure règle à suivre par rapport à l'amygdalotomie dans le cas de fréquentes inflammations interstitielles ou péri-amygdaliennes qui sont du type caractéristique de l'angine infectieuse, cette question, dis-je, reçoit une réponse non dubi-

tative, sauf dans le cas où il y a à craindre des hémorragies à issue douteuse, crainte qui naturellement laisse toute alternative en suspens, même si les résultats sont en dehors de tout contrôle permanent.

A ce sujet, il est juste de dire que malgré les cas cités d'hémorragies dangereuses ou alarmantes, celles-ci sont toujours capables d'être arrêtées par l'opérateur, de sorte que les exemples de ces cas mortels sont réduits à un chiffre minimum. Théoriquement, les vaisseaux qui irriguent les amygdales sont importants mais, au point de vue pratique, ils obéissent à l'hémostase physiologique par contraction et rétraction et formation de caillots. Un chiffre total de quatre cas mortels constitue le maximum de cas recueillis dans notre pays et à l'étranger par le Dr Harmon Smith et c'est le même nombre qui se trouve dans la liste de F. R. Packard.

Si les statistiques ont beaucoup de valeur, elles sont cependant susceptibles d'être mal interprétées si l'on n'a pas un « étalon » de mesure grâce auquel un certain nombre de cas isolés peut être amené à concorder au point de vue de l'étendue et du voisinage. Ceci s'adresse à tous les cas d'hémorragie qui, par leur fréquence apparente, ont conduit tant de médecins à éviter d'emblée l'amygdalotomie ou à n'y avoir recours que sous la pression de la nécessité la plus urgente. Si c'est de la sagesse que d'être prévenu d'une éventualité inattendue, c'est manque de jugement que d'hésiter à cause des dangers assez rares et dont on peut arrêter les conséquences. Dans les cliniques de l'hôpital Métropolitain pour les maladies de la gorge, plus de deux mille cas ont subi l'amygdalotomie, ordinairement bilatérale, et souvent avec ablation des végétations adénoïdes; or, il n'y a que deux cas d'hémorragie en nappe qu'on jugea assez graves pour les mentionner. Ces données embrassant une période de plus de trente ans peuvent servir de preuve de comparaison statistique moyenne entre la règle et l'exception et fournissent ainsi une limite de sûreté si reculée qu'elle justifie le choix d'une méthode qui semble satisfaire aux desiderata d'efficacité pour tous les cas où il y a dégénérescence ou altération pathologique des amygdales.

Traduction par MENIER (de Figeac.)

V

GUÉRISON D'UN CAS DE RHINITE VASO-MOTRICE APRÈS QUE TOUS LES AUTRES TRAITEMENTS AVAIENT ÉCHOUÉ PAR L'ADMINISTRATION DE FAIBLES DOSES D'IODURE DE POTASSIUM¹

Par **C. J. KOENIG** (de Paris).

Il s'agit d'une demoiselle de 23 ans, qui souffrait depuis deux ans d'attaques *intenses* de rhinite vaso-motrice se manifestant en toutes saisons et dans tous climats (Paris, bord de la mer, montagne, Vichy) par des éternuements violents et répétés, écoulement abondant de liquide séreux transparent, obstruction nasale, céphalée frontale, larmolement, rougeur des yeux, etc. Ces attaques duraient quelques heures et se renouvelaient tous les jours avec quelques rares et courtes périodes de rémission. La cause irritative semblait être d'origine extra-nasale, car il suffisait à la malade de sortir le bras du lit ou de rentrer du grand air dans un intérieur chauffé, ou vice versa, pour être la victime d'une nouvelle attaque des plus pénibles. Elle était cependant bien mieux au grand air qu'à l'intérieur.

L'examen du nez ne révéla qu'une petite crête osseuse à gauche ne gênant nullement la respiration et contre laquelle je ne jugeai pas, par conséquent, nécessaire d'intervenir.

Cette demoiselle était soignée depuis un an par un savant confrère spécialiste qui lui fit des cautérisations nasales, des insufflations d'air sec chaud, des pulvérisations de rhinalgol et lui prescrivit des douches générales et, à l'intérieur, le mélange classique d'atropine et de strychnine. De ce traitement elle n'éprouva aucune amélioration. Quand elle vint me consulter au mois de mai de l'année dernière, j'essayai de nouveau le traitement à l'air sec chaud, mais plus intensif, pendant plusieurs semaines sans résultat. Je ne fus pas plus heureux avec le traitement arsenical sous la forme de liqueur de Pearson. La quinine ne réussit pas plus. J'essayai alors les pulvérisations de solution d'antipyrine et d'adrénaline, les insufflations de poudre d'orthoforme préconisées par Lichtwitz en 1898. Pas de résultat.

Quoique je ne trouvasse pas l'iodure de potassium recommandé dans cette affection par les auteurs que j'avais en ma possession (Zarniko, Lermoyez, Grayson, Sajous, Moritz-Schmidt, White, etc.),

1. Communication à la Société de laryngologie, de rhinologie et d'otologie de Paris (Séance du 30 juin 1905).

je l'essayai sur la demande de la malade, à qui une vieille dame amie avait raconté avoir été atteinte dans sa jeunesse de la même affection et avoir été guérie par l'iodure. Par acquit de conscience je le prescrivis donc, d'abord parce qu'il ne pouvait pas nuire à ma malade, et ensuite parce que, possédant un pouvoir électif très net sur la pituitaire (coryza iodique), il pourrait agir ici en modifiant la circulation et la nutrition locales. Bien m'en a pris ! J'instituai le traitement au commencement de janvier de cette année en donnant après les deux repas dans du lait une cuillerée à café d'une solution d'iodure de potassium, chaque cuillerée contenant 25 centigrammes d'iodure, ce qui fit 50 centigrammes par jour.

Comme par enchantement et dès le début de ce traitement, les crises cessèrent et la malade n'en a pas eu une seule jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis six mois.

Je lui conseillai donc de faire ce traitement trois fois par an pendant un mois chaque fois. Elle éternue quelquefois légèrement et le nez coule un peu, mais il n'y a pas de crises avec obstruction nasale, larmolement, rougeur des yeux et céphalée. La malade se déclare dans le paradis.

Quel est le mécanisme intime de l'action de l'iodure en cette circonstance ? Dire qu'il agit sur l'état général neuro-arthritique comme altérant ou sur l'état local par une action substitutive semblable à celle des eaux sulfureuses, ce n'est pas dire grand'chose.

Manquat dit que, suivant Laborde, l'action de l'iodure de potassium s'exercerait primitivement sur le système nerveux central, duquel dépendraient les effets vaso-moteurs et cardiaques. L'affection étant considérée comme une manifestation nerveuse spasmodique vasculaire, chez les neuro-arthritiques, ne pourrait-on pas considérer l'effet de l'iodure analogue à celui de l'arsenic ? Manquat dit en effet : « D'autres auteurs ont préconisé les iodures dans la tuberculose en leur attribuant une action sur la nutrition, analogue à celle de l'arsenic. »

Je serais heureux de connaître l'avis de mes confrères au courant des effets physiologiques des drogues.

VI

SUR QUELQUES EXPÉRIENCES DANS LE DOMAINE DE LA THÉRAPEUTIQUE

Par **Egmont BAUMGARTEN** (de Budapest).

(*Suite*)

L'orthoforme et l'anesthésine.

L'orthoforme fut composé par Einhorn et Heinz, l'anesthésine par Rietser. Aussi appellerai-je volontiers ces hommes des bien-faiteurs des malades atteints de tuberculose laryngée. Si déjà le badigeonnage avec la cocaïne amène parfois un certain soulagement des dysphagies dont souffrent si souvent ces pauvres malades, l'application locale de ces deux produits est presque toujours d'un effet vraiment merveilleux. L'un et l'autre sont des dérivés chimiques de la cocaïne ; l'orthoforme (éther méthylique de l'acide méta-amido-para-oxybenzoïque) n'est presque pas soluble dans l'eau ; l'anesthésine (éther éthylique de l'acide para-amido-benzoïque) y est insoluble. Tous les deux forment une poudre blanche et fine, ne sont pas toxiques, et leur action réside dans leur propriété d'anesthésier les nerfs sensitifs.

Nous appliquons journellement ces deux corps dans les affections tuberculeuses du larynx accompagnées, à la déglutition, d'une douleur si aiguë que ces malades préfèrent plutôt mourir de faim que de les endurer, c'est-à-dire lorsqu'on se trouve en présence d'une infiltration de l'épiglotte et des plis ary-épiglottiques. Puisant dans mon expérience personnelle de plusieurs années, je dois affirmer que les insufflations de ces poudres sur les parties malades se montrent des plus efficaces, mais à condition qu'on recouvre toute la partie altérée d'une couche épaisse de poudre. Il ne faut pas la ménager, ni être pressé dans son application, mais au contraire recommencer l'insufflation, toujours sous le contrôle du miroir, cinq, six fois, jusqu'à ce que l'on ait bien recouvert toute la partie malade. Si l'on ne suit pas cette technique, ce mode de traitement ne donnera que des résultats nuls ou incertains.

Jamais jusqu'ici, malgré un traitement durant des mois et des applications faites plusieurs fois par jour, je n'ai pu

observer un cas d'intoxication. Il est du reste difficile d'affirmer lequel de ces deux produits est le meilleur, car c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui agit mieux. J'ai acquis la conviction que l'action de ces médicaments est soumise à des variations individuelles; il y a des malades qui supportent mieux l'anesthésine, d'autres l'orthoforme; cependant, la localisation et la gravité de l'affection paraissent jouer un certain rôle. En général, j'ai trouvé que l'action de l'orthoforme est plus rapide, qu'il reste plus longtemps attaché sur la muqueuse et que par conséquent son action protectrice se prolonge davantage; aussi ai-je pu observer dans plusieurs cas qu'il déterminait rapidement, grâce à cette propriété, de l'amélioration locale, quoiqu'il ne soit pas impossible qu'il s'y ajoute une action antiseptique. L'orthoforme produit parfois une légère sensation de brûlure, mais seulement pendant peu de temps. Même dans les cas les plus intenses de dysphagie, les douleurs à la déglutition ont diminué, sinon disparu complètement, aussitôt après l'insufflation, et les malades pouvaient ainsi avaler des liquides et des purées. Dans ces cas très graves, l'anesthésine a parfois échoué. D'autre part, l'action de l'anesthésine s'est prolongée dans certains cas pendant quatre à cinq heures, durée que je n'ai jamais pu observer par l'orthoforme.

J'ai vu en outre l'anesthésine adoucir des douleurs locales si elles existaient, et souvent même les faire disparaître; je trouve le nom d'anesthésine par conséquent justifié. Il y avait de plus des cas où je me suis vu obligé, après avoir employé pendant longtemps l'un des produits, de le remplacer par d'autres. Dans certains cas, de nouveau je me suis servi, et avec beaucoup de succès, avant le repas de midi, de l'orthoforme, après celui du soir, de l'anesthésine.

Ce n'est que rarement que les malades paraissent tellement nerveux qu'on ne pouvait pas facilement faire des insufflations; dans ces cas, nous avons fait des injections d'une émulsion d'anesthésine, tantôt en ajoutant du menthol, tantôt sans celui-ci. Sous cette forme elle est supportée, même par les sujets les plus irritables; quant à l'effet, il est le même que celui qu'on obtient par des insufflations ordinaires. C'est rarement que j'ai prescrit des inhalations avec l'un et l'autre produit, vu qu'ils sont seulement solubles dans l'alcool.

Contre des *accès de toux* spasmodiques, produits à l'occasion d'un catarrhe par une cause nerveuse, ainsi que contre les attaques de toux caractéristiques, consécutives au tabes ou à l'anévrisme

et accompagnées de paralysies, j'ai employé dans la dernière année avec beaucoup de succès des insufflations d'orthoforme et tanin ou d'anesthésine et alcool à parties égales. Le résultat était supérieur à celui que l'on obtient par la codéine, la morphine ou les autres médications internes. Chez certains malades, les accès de toux cessaient durant quatre à cinq heures et même au delà. Chez un tabétique, les crises laryngées qui avaient été très fréquentes jusque là, devinrent très rares à la suite de ce traitement. Chez deux malades atteints de paralysie récurrentielle au deuxième degré, causée chez l'un par un anévrisme nettement diagnostiqué, chez l'autre par une simple artériosclérose, je me vois obligé depuis déjà deux ans, à des intervalles plus ou moins grands, aussitôt que les crises de toux se manifestent, de faire pendant un certain temps des insufflations. L'anesthésine paraît avoir une action très nette chez ces deux malades.

Dans la *rhinite nerveuse*, surtout dans sa forme de sécrétion abondante, j'ai fait parfois et avec succès des insufflations nasales d'orthoforme dans les cas où le protargol avait été employé sans résultat. L'écoulement si désagréable du nez cessa subitement et complètement ; cet effet se maintenait pendant plusieurs heures. A un malade qui en souffrait épouvantablement, j'ai ordonné l'aspiration bijournalière de la poudre ; celui-ci ne cessait pas de s'émerveiller de l'effet miraculeux du médicament. C'étaient là des cas où la rhinite nerveuse s'est déclarée de caractère aigu. Or, dans les cas chroniques, l'orthoforme s'était montré inefficace ; ici j'ai obtenu parfois du succès avec l'adrénaline que j'ai employée tantôt pure, tantôt mélangée avec l'orthoforme. Le badigeonnage à base de ce mélange a parfois été couronné de succès.

(A suivre.)

(Traduction par L. REINHOLD.)

VII

INFLUENCE CLIMATÉRIQUE

DU

LITTORAL MÉDITERRANÉEN FRANÇAIS

SUR LES

AFFECTIONS DU PHARYNX ET DU LARYNX ¹

Par **M. MIGNON** (de Nice).

Ayant étudié déjà cette influence d'une façon générale², je désire simplement préciser quelques points dont l'influence ne me semble pas avoir été suffisamment démontrée. On a reproché au climat de la Riviera d'avoir sur le pharynx et le larynx une action particulièrement congestive, qui tient souvent à une absence complète de précautions hygiéniques. Dans les mêmes conditions, les résultats diffèrent beaucoup suivant les malades, qui peuvent être à ce point de vue classés en trois catégories, réunies entre elles par quelques cas moins fréquents où le résultat est douteux.

1^o Malades dont le pharynx ou le larynx subit peu ou pas l'action du climat :

Il s'agit alors d'affections catarrhales à forme torpide, chez des individus dont l'organisme s'accommode facilement du climat, sans que les fonctions en soient notablement modifiées.

2^o Malades dont le pharynx ou le larynx est influencé d'une façon utile.

Ce sont ceux qui, atteints d'une affection chronique de leurs muqueuses, éprouvent une poussée aiguë suffisante pour stimuler la vitalité des tissus, sans entraîner de troubles congestifs durables. On peut admettre que ce résultat soit obtenu par une action directe de l'air sur les muqueuses et par l'effort d'adaptation de l'organisme qui réagit secondairement sur le pharynx et le larynx. Dans certaines formes chroniques de laryngite et de pharyngite, la réaction que donne le climat, après avoir provoqué quelques troubles congestifs légers des muqueuses est suivie d'une amélioration. S'il s'agit de tuberculose, il faut que

1. Communication au Congrès de Climatologie d'Arcachon, 1905.

2. V. Comptes rendus du Congrès de Climatologie de Nice, 1904, et *Bulletin de Laryngologie*, 1904.

les lésions soient peu accentuées et n'aient pas de tendance congestive. On peut sans doute attribuer ce résultat satisfaisant à la phagocytose qui est stimulée et accomplit alors mieux ses fonctions. Il est évident que pour cela la réaction du climat ne devra être ni trop intense, ni trop prolongée ; on peut la comparer à l'action de certaines substances irritantes, dont l'application exagère d'abord les symptômes pour les améliorer ensuite.

3° Malades dont le pharynx ou le larynx est influencé d'une façon nuisible :

Dans cette catégorie sont tous ceux atteints d'affections à forme congestive, pharyngite et laryngite congestives, tuberculose végétante avec infiltration ou œdème, ulcérations, lésions aiguës. L'action du climat s'ajoutant à une tendance naturelle devient alors très mauvaise.

Dans tous les cas, les précautions hygiéniques inhérentes au climat devront être observées ; sinon le résultat au lieu d'être indifférent ou favorable serait toujours défavorable. Mes observations concernant le pharynx et le larynx sont conformes à celles que l'on fait au point de vue des bronches et des poumons, ainsi que l'ont remarqué un certain nombre de praticiens de la Riviera notamment Pegurier, qui a fait part de ses observations au même Congrès de Climatologie.

III. — PHYSIOLOGIE

L'ORIENTATION

ET

L'ACCOMMODATION AUDITIVES

(Réponse à M. le Prof. Bard)

Par **Pierre BONNIER** (de Paris).

Je suis très obligé à M. le prof. Bard de l'amabilité qu'il met à répondre à mes observations. Elles ont forcément un caractère un peu personnel, parce que nous ne sommes guère que deux jusqu'ici, lui et moi, à nous intéresser à cette question de l'accommodation auditive, et que chacun de nous tient à sa façon de voir.

J'y reviendrai donc en quelques mots, très désireux de mon côté de lui voir suivre cette controverse.

Quand M. Bard signalait « la principale lacune de l'accommodation auditive classique, l'existence d'une accommodation à la distance des sources sonores, dont il n'a, dit-il, que je sache, jamais été parlé par personne », je pouvais bien lui rappeler qu'il en avait été parlé par quelqu'un, bien que la chose eût été comprise d'une façon différente de la sienne. Il eût pu écrire : « On a signalé une accommodation à la distance et la lacune est comblée ; mais voici ma façon personnelle d'en concevoir le mécanisme. » Et j'eusse alors volontiers discuté sa théorie, tout à fait intéressante, et sur laquelle nous pourrions nous étendre plus tard particulièrement. Sans doute je n'ai pas développé en 1884 ce que j'entendais par *tension mesurée* de la chaîne des osselets ; mais j'ai depuis, à plusieurs reprises, étudié le mécanisme de la tension de la chaîne des osselets, et j'en ai donné, aux pp. 136-139 de mon vol. III, sur *l'Oreille* (1896), un exposé personnel, où je montrais ce qu'on pouvait entendre par tension mesurée de l'appareil tympanique. J'associais sans aucun doute l'accommodation à la distance et celle à l'intensité, et je ne suis pas le seul à le faire, car tous les malades examinés ne manquent pas de dire, quand le son d'un diapason *diminue d'intensité* : « le son s'éloigne ». L'oreille

fait peu cette distinction qu'a apportée M. Bard, et je crains bien qu'elle emploie le même procédé pour rapprocher le son qu'elle écoute, et pour le grossir.

Que, dans l'œil, l'appareil irien s'occupe isolément de l'accommodation à l'intensité tandis que l'appareil ciliaire se charge de son côté de l'accommodation à la distance, cela se conçoit de deux appareils si distincts et en quelque sorte si indépendants l'un de l'autre, comme dans un objectif la mise au point se règle indépendamment du jeu du diaphragme. Mais pour un appareil de leviers articulés et de membranes, comme l'appareil tympanique, cohérent et suspendu entre les tonicités et les activités antagonistes de deux frénateurs, arc-boutés en quelque sorte les uns contre les autres, la division s'impose moins. Il s'agit ici de muscles striés, à tension volontaire, et comme pour tous les muscles antagonistes, l'un ne va pas sans l'autre; l'action de l'étrier s'oppose à celle du marteau, et inversement; et l'appareil transmetteur est ainsi suspendu entre deux tensions antagonistes qui concourent à augmenter ou à diminuer sa perméabilité à l'ébranlement et sa liberté d'oscillation. Cet antagonisme se marque bien cliniquement, quand l'un des deux frénateurs fait faillite, comme dans la paralysie faciale. D'ailleurs dans tous les appareils à enregistrement phonographique, y a-t-il un réglage propre à l'intensité, et un autre réglage propre à la distance? Qui règle l'une règle l'autre; un son apparaît d'autant plus proche qu'il est plus fort, à moins qu'une orientation ne nous révèle son origine réelle. Néanmoins, il est hors de doute qu'une oreille reconnaît un son fort et lointain d'un son proche et faible.

Il existe une accommodation à la distance, comme il en est une pour l'intensité, mais il n'y a, à mon sens, qu'un même procédé pour les deux réglages, et il consiste à ouvrir l'oreille, c'est-à-dire à la rendre plus accueillante, pour les sons *faibles* ou *lointains*, et à la protéger contre les sons trop forts ou trop proches. Et comme je le montrais, *tendre* l'oreille signifie *détendre* la chaîne de transmission, en relâchant les frénateurs. Ces frénateurs agissent de concert.

M. Bard garde donc sans conteste la priorité, et je pense aussi, la propriété exclusive, de la comparaison du muscle du marteau avec le sphincter irien, et du muscle de l'étrier avec le muscle ciliaire. Cette accommodation à la distance, indépendante de celle à l'intensité, dans une même oreille, bien entendu, reste bien à lui, et il peut revendiquer la découverte de ce qu'il considère comme un *fait* (c'est-à-dire cette indépendance encore à montrer) et l'interprétation de ce soi-disant fait.

Sur le point fondamental de la théorie de l'orientation latérale, c'est-à-dire sur cette conception légèrement parapsychique de la prédominance d'action de la demi-phase positive de l'ondulation sur la demi-phase négative, M. Bard dit ne se connaître encore aucun précurseur. Je voudrais pouvoir lui souhaiter des apôtres. En attendant, sa théorie n'est pas acceptée des physiciens, et je ne la trouve d'ailleurs pas non plus acceptable pour les physiologistes pour ce qu'elle donnerait à la transmission de l'ébranlement l'allure de ces pèlerins qui ont fait vœu de marcher trois pas en avant, et deux en arrière et qui arrivent ainsi au but de leur voyage. Si, chaque fois que nous sommes parcourus par un ébranlement, chacune de nos molécules se déplaçait plus dans le sens de la propagation qu'elle ne reviendrait en arrière, *si la demi-onde en aval de la propagation était plus grande que la demi-onde en amont*, ce ne serait pas seulement le son qui serait propagé, mais nous le serions avec lui. Les physiciens ne font guère de différence entre les deux moitiés d'une onde sonore, la positive et la négative ; M. Bard prétend que notre oreille en fait une, ceci est bien spécieux et ressemble à une simple pétition de principe. Aucun physicien ne l'admet, aucun appareil de physique ne l'enregistre, mais il paraît que notre oreille « perçoit cette différence » dont M. Bard a besoin. « L'opinion unanime, dit-il, est qu'il n'existe, au point de vue physique, aucune différence quelconque entre ces deux ondes et ces deux parties d'onde. Je n'ai pas pour cela abandonné la partie, persuadé que cela voulait simplement dire que la différence cherchée était au-dessus de la sensibilité des appareils de physique les plus délicats ; cette différence *ne peut pas ne pas exister, puisque l'oreille la perçoit* ; le silence de la physique expérimentale prouve uniquement, une fois de plus, que nos sens surpassent en finesse les ressources dont celle-ci dispose. » Cela est bientôt dit, et il faudrait démontrer que l'oreille perçoit bien cette différence des demi-ondes, et non pas simplement la latéralité de l'incidence sous telle forme qu'il resterait à définir. Que l'oreille reconnaisse le son venant de droite du son venant de gauche, c'est très certain ; et qu'elle ait ses moyens de ne pas s'y tromper, c'est cela qui est vrai, c'est cela qui ne peut pas ne pas exister. Mais que cela tienne à la différence des demi-ondes, c'est une autre affaire, et cette différence peut très bien ne pas exister en dehors de la théorie de M. Bard.

La clinique et l'observation de chaque jour montrent bien ce que j'ai affirmé, à savoir que chaque oreille oriente des deux

côtés, mais fort mal du côté opposé. Si j'entends, par nos deux oreilles, un son continu à ma droite par exemple, il me suffira de fermer l'oreille droite pour ne plus entendre que par l'oreille gauche, mais tout d'abord le son semble me venir de gauche; j'en conclus que mon oreille gauche oriente mal le son venant de droite, puisqu'elle le localise à gauche. Le *trriage qualitatif* se fait donc assez mal, et ce triage, si c'est lui qui forme l'originalité de la théorie du chiasma auditif de M. Bard, lui appartient bien réellement, et ce n'est pas du même chiasma auditif que nous parlions, je le reconnais volontiers.

Passons au chiasma vestibulaire, à la question de l'*hémidésorientation*, telle que la définit M. Bard. Quand M. Egger a voulu expliquer le trouble observé chez ses malades, je lui ai objecté la double perception, positive dans une oreille, négative dans l'autre, du même déplacement horizontal. Dans une note récente sur l'*ataxie vestibulaire*, publiée dans la *Revue neurologique* avec le prof. Raymond (30 juin 1905), M. Egger admet que seule la pression positive est perçue. M. Bard admet que la double perception, positive ici, négative là, est dirigée par le chiasma vestibulaire vers un seul et même centre hémisphérique. Il entre donc dans l'objection que je faisais à Egger, car ce centre, si l'information positive d'une oreille vient à manquer, recevra néanmoins l'information négative de l'autre, et continuera à être informé. Il se trouve donc que j'avais fait en 1898 à Egger l'objection qu'aurait pu me suggérer aujourd'hui la théorie de M. Bard. Il se trouve, d'autre part, que le fait indiqué par Egger ne s'explique ni par ma théorie ni par celle de M. Bard, car il affirme que les malades perdent la sensation de leur rotation dans un certain sens. Si l'oreille droite fait faillite, par exemple, il semble que l'oreille gauche ne supplée pas, soit par information directe de l'hémisphère droit, soit par celle que l'hémisphère gauche devrait tirer, grâce au chiasma de M. Bard, de l'information de l'oreille gauche elle-même, par voie directe. M. Egger a dû supposer que la *variation positive était seule perçue*: c'est une hypothèse, d'ailleurs en désaccord absolu avec les intéressantes expérimentations communiquées par M. Hennebert, de Bruxelles, au dernier congrès de la *Société française d'Otologie*, d'après lesquelles une compression de l'air du conduit auriculaire gauche, par exemple, déplaçait les globes oculaires vers la gauche, tandis qu'une aspiration, une *raréfaction* de ce même conduit gauche déplaçait les globes de l'autre côté, vers la droite. Les yeux obéissaient donc à la pression auriculaire positive et négative, et les pupilles vestibulaires, qui

commandent ce réflexe oculomoteur dans un sens ou dans l'autre, doivent forcément s'y reconnaître et distinguer une variation positive d'une négative. Il faudra donc une autre hypothèse, ou d'autres faits.

Sans avoir l'honneur de connaître personnellement M. le professeur Bard, je suis absolument convaincu qu'il désire voir discuter ses théories et qu'un peu de vivacité dans la discussion ne lui déplaira pas, car elle ne marque que l'intérêt que nous portons l'un et l'autre à cette jolie question de l'orientation auditive.

IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

I

UNE NOUVELLE PINCE RÉTRO-NASALE¹

Par le professeur **MERMOD** (de Lausanne).

Je prends la liberté, Messieurs, de vous soumettre un nouvel instrument pour l'arrière-cavité du nez. Encore une nouvelle pince, me direz-vous, n'en existe-t-il pas déjà plus qu'il n'en faut ! C'est vrai, mais comme je n'en connais aucune qui puisse remplir le but que je vais vous dire, je n'hésite pas à vous proposer la mienne. De nos jours, alors que les multiples pinces transversales, types Loewenberg, Jurasz et autres, ont été universellement remplacées par l'anneau tranchant de Gottstein et ses nombreuses modifications, il me semble cependant que l'usage de certaines pinces ne doit pas perdre tous ses droits, et qu'il doit être maintenu dans les nombreux cas où l'on ne peut appliquer l'anneau tranchant, d'un emploi aussi élégant que rapide. Ces cas sont surtout ceux où l'infiltration adénoïdienne diffuse recouvre les deux faces latérales du cavum aussi bien que la paroi postérieure et la voûte. Dans ces cas, Messieurs, où non seulement le bourrelet postérieur, mais toute la paroi est remplie d'une épaisse couche de tissu lymphoïde se confondant sans transition avec celui des autres parois, dans ces cas, dis-je, que faisons-nous ?

L'anneau tranchant, malgré ses nombreuses variations de courbure, s'applique mal ou pas du tout sur la paroi latérale : les diverses curettes introduites depuis le nez ou la bouche ne valent guère mieux, à supposer qu'on puisse râcler brutalement et sans y voir, comme on le fait pour la voûte, une surface aussi inégale, à structure aussi délicate et à base aussi peu résistante que celle de la paroi latérale. Je ne parle pas des multiples pinces aujourd'hui existantes, s'ouvrant toutes transversalement et ne pouvant s'appliquer latéralement qu'en donnant à leurs mors une direction impossible à réaliser.

1. Communication faite à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, session de mai 1905.

Ma pince s'ouvre d'avant en arrière et permet de sculpter en quelque sorte la paroi latérale, ce qui est impossible avec les anciens modèles; elle ne coupe pas à proprement parler, comme le font les pinces-curettes laryngiennes, types Heryng-Krause; il suffit que les bords des cuillers, aussi minces que possible, arrachent et coupent en se juxtaposant. Dans une région



aussi vascularisée que la paroi latérale, où il s'agit d'enlever du tissu adénoïdien, généralement mou, une section nette et tranchante serait plus dangereuse qu'utile, et exposerait davantage aux hémorragies qu'un instrument agissant à la fois par section et par arrachement, actions qui s'atténuent réciproquement. Enfin, ma pince, dont je vous présente en outre deux autres modèles à mors légèrement inclinés à gauche et à droite pour

les deux parois latérales du cavum, me paraît également des plus nécessaires pour enlever ces tissus hypertrophiés siégeant si fréquemment des deux côtés du vomer, et rétrécissant l'ouverture des choanes. La nécessité si fréquente des interventions dans cette région pour laquelle nous n'avons aucun instrument approprié, me paraît déjà suffisante pour réclamer une place dans notre arsenal déjà si encombré, à ma pince, dont je n'ai vu aucun modèle même approchant, dans les catalogues des instruments français et étrangers. Il va sans dire qu'elle ne peut et ne doit s'employer qu'avec le secours du miroir; je suis loin de le regretter, à notre époque où nos procédés si lestes de diagnostic et de traitement dans la région du cavum, me paraissent trop souvent sacrifier le bien fini à la rapidité de l'exécution.

II

DE L'EMPLOI DES « SALIVIDS » COMME PANSEMENT DANS LA CHIRURGIE ENDO-NASALE¹

Par **C.-J. KOENIG** (de Paris).

Un hasard, une erreur de commande, fit tomber entre mes mains une boîte de ces petites plaques quadrilatérales que je vous fais passer et que les dentistes de l'autre côté de l'Atlantique appliquent contre l'orifice de Sténon pour arrêter et absorber la salive pendant une aurification rapide. Elles sont fabriquées par la maison Johnson et Johnson, de New-Brunswick, États-Unis, sous le nom de « salivoids » et sont des petites plaques comprimées faites de coton très absorbant et recouvertes de toile sur leurs deux faces. Quand on les plonge dans l'eau, elles se gonflent de quarante ou cinquante fois leur épaisseur à l'état sec, mais on peut les fendre facilement avec un couteau en lames plus ou moins fines pour obtenir après imbibition l'épaisseur désirée. Elles peuvent être stérilisées à l'étuve sèche.

J'eus l'idée de les essayer comme pansement endo-nasal après section d'adhérences, ablation de crêtes, redressement de la cloison, résection sous-muqueuse pour déviation, etc., etc., et j'ai tout lieu d'en être satisfait.

Pour les synéchies, on a recommandé tour à tour la gaze antiseptique, les petits rouleaux de coton, les plaques en carton (cartes de visite, Krakauer), en caoutchouc (Heymann), en tain (B. Fränkel), en métal (Reichert, Winckler), en celluloid (Zarniko), des tampons cylindriques en argent (Sturmann).

Tous ces pansements ont leurs inconvénients ; les uns, comme la gaze, prédisposent aux empyèmes des sinus et adhèrent aux granulations qu'ils ne refrèment pas, les faisant facilement saigner quand on les retire, les autres étant trop durs irritent la muqueuse, produisent de la réaction inflammatoire ou glissent de la position où on les avait mises. Puis, ils n'empêchent pas toujours les hémorragies.

Le petit pansement que je vous présente évite tous ces inconvénients et en plus a l'avantage, en se dilatant, d'écarter les tissus

1. Communication faite au Congrès de la Société française de laryngologie, tenu à Paris du 8 au 11 mai 1905.

et d'être tenu ainsi fermement en place. Il s'appuie contre les cornets et la cloison, n'encombre pas les méats et ainsi ne bouche pas les ouvertures des sinus. Quinze à vingt minutes après son introduction, il est gonflé au maximum, mais on peut le faire gonfler immédiatement en pulvérisant dessus un liquide quelconque. Il est alors très doux et ne produit pas de douleur si on n'introduit pas une couche trop épaisse. Il peut rester longtemps dans le nez sans se décomposer si on a soin de l'antiseptiser par une pulvérisation faite deux ou trois fois par jour. On le retire avec la plus grande facilité et sans faire saigner la plaie, en le saisissant avec une pince. Je le soumets à votre appréciation et crois que vous en serez aussi satisfaits que moi.

V. — PHONÉTIQUE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LE

TIMBRE DES VOYELLES NASALES FRANÇAISES

(suite)

Par **A. ZÜND-BURGUET** (de Paris).

Ancien attaché au laboratoire de phonétique du Collège de France,
Directeur du Gymnase de la voix.

Il nous reste à déterminer le timbre des quatre voyelles nasalisées d'après la position des lèvres. Ici encore j'aurais pu employer la méthode graphique; j'ai préféré recourir à la photographie. Le procédé graphique nous est, en effet, d'un secours très appréciable dans l'étude des sons du langage en général et plus spécialement des voyelles.

En examinant les figures 12 à 20 dont la netteté a été sensiblement amoindrie par la gravure d'abord, par l'impression ensuite, nous voyons sans difficulté que la position des organes extérieurs de la parole (lèvres et mâchoires) varie considérablement avec chaque son émis. Comparons, par exemple, la figure 13 correspondant à la voyelle *an* aux figures 12 et 14. La position de la mâchoire inférieure et des lèvres n'est ni celle de l'*a* fermé (fig. 12) ni celle de l'*o* ouvert (fig. 14) mais bien une position intermédiaire entre les deux, se rapprochant presque autant de l'une que de l'autre. Ceci vient à l'appui des résultats obtenus à l'aide du palais artificiel d'une part et de la méthode graphique d'autre part.

La voyelle *on* (fig. 15) est caractérisée par une position labiale qui rappelle celle de l'*o* ouvert (fig. 14) tout en se rapprochant de celle de l'*an* (fig. 13).

La comparaison des figures 16, 17, 18, 19 et 20 n'est pas moins instructive. Nous voyons du premier coup d'œil que pour *in* (fig. 17) la disposition de la mâchoire inférieure et des lèvres ressemble plus à celle de l'*a* ouvert (fig. 16) qu'à celle de l'*e* ouvert (fig. 18).

L'image photographique de la voyelle nasalisée *un* (fig. 20) se



FIG. 12.



FIG. 13.



FIG. 14.



FIG. 15.

couvre moins bien avec la figure de l'*eu* ouvert (fig. 19) qu'avec celle de l'*o* ouvert (fig. 14).

Ainsi nous voyons que les résultats obtenus à l'aide de trois procédés nettement distincts, loin de se contredire se complètent réciproquement, ce qui nous permet, je crois, d'admettre leur parfaite exactitude.

Les quatre voyelles orales que l'on nasalise en français sont par conséquent : 1° un *a* très fermé se rapprochant de l'*o* ouvert, ce qui explique, comme j'ai eu l'occasion de le faire ressortir plus



FIG. 16.



FIG. 17.

haut, cette évolution vers *on* que la première voyelle nasalisée est en train de subir; 2° un *o* fortement ouvert qui semble se confondre, tout au moins en ce qui concerne la position de la langue, avec la voyelle fondamentale de l'*an*; 3° un *a* très ouvert ou, ce qui vient au même, un *e* plus ouvert que celui de *fête*, *tête*, etc; et 4° un *eu* fortement ouvert, voyelle qui tient à l'*o* ouvert par la position des lèvres, à l'*a* ou à l'*e* très ouvert par la position de la langue. Pour transformer *un* en *in*, transformation qui est sur le point de s'achever dans le parler parisien vulgaire, il suffit donc de négliger la mise en position des lèvres. Le tableau synoptique suivant mettra ces faits davantage en lumière.



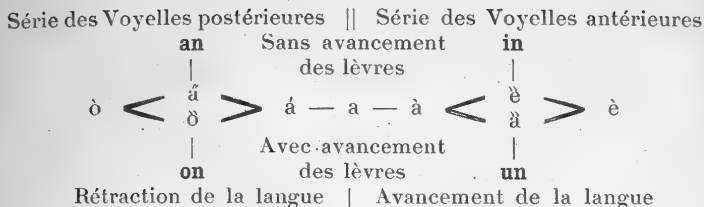
FIG. 18.



FIG. 19.



FIG. 20



J'ai dit plus haut, qu'en outre de la méthode physiologique, la recherche du timbre des voyelles nasalisées pouvait se faire par la méthode physique pure. En effet, au lieu de juger sur la couleur des sons d'après la position des organes phonateurs, l'on peut, à l'aide d'un procédé quelconque, produire une inscription des voyelles et se livrer ensuite à l'analyse des tracés ainsi obtenus. Le célèbre et regretté acousticien Rudolph Kœnig a inauguré, il y a une trentaine d'années, l'inscription et par suite la décomposition des voyelles au moyen des flammes manométriques. MM. Hermann et Marichelle se sont livrés aux mêmes recherches d'après les tracés du phonographe. Helmholtz et d'autres, notamment M. l'abbé Rousselot, ont préconisé l'étude du timbre des voyelles d'après les tracés obtenus par l'application de la méthode graphique de M. Marey.

VI. — PHARMACOLOGIE

PERBORATE DE SOUDE, ISOFORME ET TOTHION

Par le professeur **GEORGES** (du Val-de-Grâce).

Perborate de soude. — Vers le mois de janvier 1905, un médicament nouveau, déjà très en usage à l'étranger, était signalé à l'attention des chirurgiens par M. Albert Robin, à l'Académie de médecine. Il s'agissait du perborate de soude.

D'après M. Jaubert, lorsqu'on mélange intimement 248 gr. d'acide borique cristallisé avec 78 gr. de peroxyde de sodium, et qu'on verse peu à peu la poudre obtenue dans deux litres d'eau, en agitant, il y a dissolution totale d'abord, puis cristallisation d'un sel blanc pulvérulent, capable de donner de l'eau oxygénée sous l'action de l'eau pure. Ce produit isolé et sec tend à s'appauvrir en oxygène actif avec le temps. En trente jours la perte est d'environ 50 %. Ce sel est le *perborax* de Jaubert.

Si l'on sature par un acide minéral la moitié de la soude du perborax, l'eau, dans laquelle s'est faite la réaction, abandonne un nouveau sel cristallisé, le perborate de soude, moins soluble que le perborax, se dissolvant avec abaissement de température, de conservation indéfinie et renfermant deux fois plus d'oxygène actif que le sel qui lui a donné naissance.

Par simple dissolution à saturation dans l'eau froide, et sans l'intervention d'aucun acide organique ou minéral, le perborate de soude engendre une eau oxygénée renfermant deux fois son volume d'oxygène actif. En élevant la température du liquide de réaction et en ne dépassant pas 40°, on peut obtenir de l'eau oxygénée riche à 4 ou 5 volumes.

Si l'on fait dissoudre du perborate de soude en présence d'un acide organique, citrique ou tartrique, l'eau oxygénée formée peut renfermer 10, 12 et même 20 volumes d'oxygène actif.

Les formules de préparation sont les suivantes :

Eau oxygénée à 10 ou 12 volumes.

Perborate de soude.....	170 gr.
Acide citrique ou tartrique pulv.....	60 gr.
Eau.....	q. s. p. 1 litre.

Eau oxygénée à 20 volumes.

Perborate de soude.....	210 gr.
Acide citrique ou tartrique.....	105 gr.
Eau.....	q. s. p. 1 litre.

Le perborate de soude présente donc des avantages considérables par la facilité avec laquelle il permet d'obtenir, suivant les nécessités, une eau oxygénée de richesse déterminée, dépourvue même de toute acidité et, par cela, de qualité supérieure aux eaux oxygénées du commerce.

Le perborate peut être aussi utilisé directement à l'état pulvérulent sur les plaies de toute nature, car c'est un antiseptique énergique. Dans le dernier numéro des *Archives internationales de laryngologie*, tome XIX, n° 3, page 792, M. Maurice Bloch a publié un travail particulièrement intéressant à ce sujet.

Isoforme. — L'isoforme, au point de vue thérapeutique, est un succédané de l'iodoforme. Il dérive du paraiodoanisole par oxydation.

C'est un produit blanc, en lamelles brillantes, décomposable à une température élevée : 225°; assez soluble dans l'eau chaude, mais presque insoluble dans l'eau froide.

Il est beaucoup plus actif que l'iodoforme et ne s'emploie que mélangé à parties égales avec du phosphate de chaux sous forme de poudre, ou en suspension dans la glycérine sous la forme de pâte molle. Il sert également à préparer une gaze antiseptique à 1, 3 et 10 %.

Tothion. — Ce produit est, au point de vue chimique, de l'hydroxypropane diiodé. C'est un liquide de consistance huileuse, de densité assez élevée : 2,4 à 2,5, renfermant de 71 à 72 % d'iode, à peine volatil, se dissolvant à peine dans l'eau (12 gr. par litre), très soluble dans les huiles.

En thérapeutique, il offre des avantages sur beaucoup de préparations iodées, car il est absorbable par la peau sans inconvénient, si ce n'est qu'il détermine quelquefois une sensation de brûlure très facile à éviter en mélangeant le produit à l'huile ou à la vaseline liquide. Son emploi prolongé sous cette forme n'aurait jamais déterminé de troubles, soit du côté de l'appareil digestif, soit sur l'organisme en général.

VII. — PÉDAGOGIE DE LA SURDI-MUTITÉ

ÉDUCATION FAMILIALE DU JEUNE SOURD-MUET

(Suite)

Par **E. DROUOT** (de Paris),
Professeur de sourds-muets.

Mais que faire lorsqu'il s'agit de surdités congénitales ou même acquises survenant dans les cinq premières années de la vie, alors que tout espoir de conserver la parole doit être abandonné ? Tout d'abord, comment communiquer avec cet enfant qui ne parle point ? Il suffit d'utiliser les signes du langage d'action qu'il crée lui-même pour peu qu'il soit intelligent ; on peut, du reste, l'aider dans sa tâche en se gardant toutefois de donner une trop grande extension à cette langue mimique si différente de nos idiomes, et cela en raison de l'influence incontestable — et fâcheuse en l'occurrence — qu'exerce sur l'esprit la langue enseignée la première. Il convient donc de recourir aux signes qui contribuent au développement de l'intelligence, mais en observant une juste mesure et en ayant soin d'y joindre la parole afin que l'enfant prenne de bonne heure l'habitude de poser son regard sur le visage de la personne qui lui parle. C'est là une heureuse préparation à la lecture labiale. Du reste, s'il est intelligent, il ne tarde pas à saisir de la sorte un certain nombre de mots et d'ordres au seul mouvement des lèvres et les relations s'en trouvent singulièrement facilitées.

Le sourd-muet de naissance doit être élevé comme ses frères entendants, mais avec plus de soins. Tout d'abord, il importe de gagner sa confiance et de s'en faire aimer, de montrer beaucoup de douceur et de patience tout en étant ferme.

Il exige des soins physiques plus minutieux que tout autre enfant, d'abord, à cause de son infirmité et de ses prédispositions à la maladie, et aussi parce qu'il a besoin d'être fort et vigoureux pour soutenir avec quelques chances de succès le combat de la vie qui sera pour lui particulièrement âpre et malaisé. Il convient de lui donner de bonne heure des habitudes de propreté et de surveiller attentivement son hygiène. L'œil qui doit jouer un rôle si grand dans son éducation comme dans toute son existence du reste, ne saurait être l'objet de trop de soins. Il faut à cet enfant débile, dont la surdité est souvent un signe de dégénérescence, une alimentation fortifiante, abondante même.

Il a besoin de beaucoup de mouvement et d'exercice pour bien se développer : la marche, la course, la promenade, les jeux au grand air avec les enfants de son âge doivent être recommandés, car, sous prétexte qu'il pourrait être victime d'accidents, parfois les parents, péchant en cela par excès de précautions, le tiennent enfermé pour son plus grand malheur. L'isolement lui est funeste à tous les points de vue.

Sa respiration exige quelque attention ; souvent, elle est insuffisante, car le poumon n'est pas employé pour la phonation et ne sert qu'au seul acte respiratoire. Dans certains cas, il est utile de faire des exercices spéciaux qui rendent la respiration plus active, plus profonde et développent la cage thoracique fréquemment étroite et affaissée.

Il est bon de combattre certains défauts inhérents à la surdité ; d'ordinaire, le petit sourd se tient mal, sa démarche est gauche, lourde et disgracieuse, il a une tendance à traîner les pieds en marchant.

Voilà pour le corps ; en ce qui concerne l'intelligence, il importe qu'il voie beaucoup, aussi faut-il satisfaire sa curiosité et même l'exciter au besoin, puisque c'est la seule manière qu'il ait de s'instruire et d'acquérir des idées que ses maîtres à venir n'auront qu'à traduire à l'aide du langage. Il est donc bon de le conduire partout où l'on travaille, aux champs, à la ferme, à l'atelier, à la ville, partout où il lui sera donné de voir des choses qui ne lui sont point familières. Dans le même but, on lui mettra entre les mains des recueils de gravures et d'images à l'usage des jeunes enfants ; pour en trouver, on n'aura que l'embarras du choix, car il en existe de fort bien faits.

La culture des sens ne doit pas être négligée ; le toucher et la vue, en raison du rôle considérable qu'ils sont appelés à jouer ultérieurement dans l'instruction du jeune sourd-muet, puisqu'ils suppléeront l'ouïe absente, doivent être l'objet d'une éducation spéciale. En ce qui concerne le toucher, on peut exercer le petit infirme à reconnaître des objets d'après leur forme, leurs dimensions, leur poids, leur température, leur consistance en s'en tenant aux seules indications fournies par ce sens. On range, par exemple, sur une table des objets divers aussi dissemblables que possible : clé, cuillère, livre, pain, papier, étoffe, etc., puis, ayant préalablement couvert les yeux de l'enfant, on lui remet l'un de ces objets. Après qu'il l'a palpé en tout sens, tourné et retourné, on le replace au milieu des autres et on demande alors à l'infirmes qui peut cette fois se servir de ses yeux, de désigner l'objet qu'il a eu entre les mains. On peut ensuite prendre des objets ayant une

ressemblance de plus en plus accentuée comme des couteaux, des fruits de taille et de forme quelque peu différentes.

Le dessin contribue puissamment à faire l'éducation de l'œil, aussi faut-il mettre de bonne heure un crayon entre les mains du sourd et le pousser à dessiner, en lui donnant au besoin l'exemple, s'il ne le fait de lui-même, ce qui est assez rare, en raison de l'importance et de la prédominance des images visuelles chez cet anormal. A ce propos, on peut faire un rapprochement curieux. Le petit sourd-muet qui n'a, en fait de langage, que quelques misérables signes, absolument insuffisants pour ses besoins, s'ingénie à reproduire une forme qui l'a frappé, celle du chat ou du chien de la maison, bien avant d'éprouver la nécessité d'étendre son vocabulaire et de donner un nom à tout ce qui l'entoure. Cela ne rappelle-t-il pas l'homme préhistorique qui se plaisait à graver sur les parois de sa caverne ou sur des bois de cervidés la figure du renne, du chien ou du cheval sauvage, très probablement avant d'avoir donné une appellation verbale à ces animaux.

Il est bon de donner des crayons de couleur au petit sourd-muet pour qu'il s'en serve dans ses dessins, de lui procurer des images à colorier, des boîtes de construction avec modèles, de lui faire exécuter des travaux de pliage, de tissage, enfin tous les exercices de la méthode Frœbel en usage dans les classes enfantines ordinaires. L'esprit d'imitation si utile, puisqu'il est dans la règle que l'homme copie servilement avant de devenir original et créateur, en reçoit une bienfaisante impulsion.

L'ouïe elle-même peut être l'objet d'une culture spéciale lorsqu'il s'agit de sourds incomplets, car on sait que la surdité absolue est la très rare exception chez les sourds-muets. Avec les mieux partagés, ceux que l'on nomme communément les demi-sourds, on peut arriver à des résultats appréciables ; on parvient sinon à développer l'audition, car la question est controversée, du moins à mettre l'infirme en état de tirer tout le parti possible du peu d'ouïe qui lui reste. On peut suivre la marche indiquée par Urbantschitsch dans son ouvrage¹ : faire entendre des sons musicaux d'abord, puis la voix nue, en donnant les voyelles isolées à une distance et à une intensité convenables. Si l'enfant entend suffisamment, il est possible d'ajouter des syllabes, des mots et même quelques petites phrases d'un usage courant. Certes, on n'arrivera pas de la sorte à faire parler le sourd-muet, il lui faudra toujours un professeur d'articulation,

1. *Des exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans la surdité acquise*, p. 39.

mais du moins on aura facilité la tâche de ce dernier et contribué à rendre plus claire, mieux timbrée, et par conséquent plus agréable, la voix toujours monotone du sourd parlant. Sans compter qu'un peu d'audition est toujours utile pour garantir des accidents.

Nous pourrions citer le cas d'un médecin au courant des travaux d'Urbantschitsch, qui entreprit récemment l'éducation auditive de son jeune fils sourd-muet et obtint des résultats satisfaisants ; mais répétons qu'il n'y a qu'un petit nombre de ces infirmes qui puisse tirer un réel profit de cet enseignement.

La culture de l'odorat et du goût a moins d'importance que celle du toucher et de la vue ; néanmoins, il peut être fait quelques exercices utiles avec le premier de ces sens en amenant l'enfant à distinguer par leur odeur seule deux matières, deux fleurs, deux liquides différents, une rose et une violette, de l'eau et du vin, par exemple.

Est-il possible de commencer dès la famille l'instruction proprement dite du petit infirme ? En plus du dessin dont il a déjà été question, on peut lui enseigner l'écriture et même lui donner le nom écrit des personnes ou des choses qu'il affectionne le plus, mais il faut savoir se borner ; il est préférable de l'initier à la lecture labiale en lui faisant reconnaître les noms des divers membres de sa famille : *papa, maman, Marie, Paul*, etc., sans oublier le sien ; de petits ordres : *mange, couche-toi, lève-toi, viens...* ; de petites questions : *as-tu soif ? as-tu froid ?...* et quelques noms usuels : *la soupe, le pain, le vin*, etc. On peut également lui apprendre à compter en se servant de ses doigts, il suffit pour cela de lui montrer une pomme, deux pommes, trois pommes, puis de lui faire lever successivement, un, deux, trois doigts.

Il n'est guère possible de faire davantage dans la famille pour l'instruction du sourd-muet. Il convient d'ailleurs de l'envoyer à l'école primaire ou plutôt à l'école maternelle quand il en existe une dans la localité, dès sa cinquième ou sixième année, et cela, jusqu'au jour de son admission dans une institution spéciale. Il ne pourra, la chose est certaine, suivre tous les exercices des jeunes entendants, bien que d'aucuns, comme l'écriture, le dessin, les travaux manuels, soient à sa portée et qu'il puisse tirer profit de quelques autres ; il se pliera du moins à l'obéissance et prendra des habitudes d'ordre et de propreté. Les jeux, la gymnastique, les promenades lui seront également fort utiles.

Mais, à moins d'avoir des connaissances spéciales très approfondies sur l'articulation, il ne faut point essayer, si son ouïe

n'est pas assez développée pour lui permettre de prononcer spontanément quelques mots, de faire parler le petit sourd-muet, en raison des défauts toujours malaisés à corriger qu'il ne manquait pas de contracter ; car, en règle générale, il est plus facile d'enseigner un son non connu que d'avoir à le corriger.

Par contre, les parents peuvent et doivent de bonne heure jeter les premiers fondements de l'éducation morale en développant chez leur enfant les sentiments affectueux, la sensibilité, la douceur, la probité, la politesse, l'obéissance, la sobriété, l'ordre et la propreté ; en combattant l'égoïsme, la colère, le mensonge, l'inconstance, la gourmandise qui sont les défauts dominants du sourd-muet. Il faut se montrer d'autant plus ferme et s'y prendre d'autant plus tôt, que l'enfant ne peut entendre raison. Bon nombre de parents, des mères surtout, cèdent sans cesse sous prétexte que l'enfant est infirme ; c'est évidemment un très mauvais service qu'ils lui rendent en se montrant si faibles. Il faut se rappeler qu'avec lui le mauvais exemple est particulièrement pernicieux et ne pas craindre d'user des punitions et des récompenses ; on l'amènera de la sorte à établir une distinction entre le bien et le mal, entre ce qui est permis et ce qui est défendu. D'une manière générale, il faut faire en sorte que le jeune sourd-muet ne soit jamais inoccupé, qu'il ait une vie active. On y parvient sans peine en l'employant aux petits travaux du ménage, du jardin, à des jeux, aux exercices que nous avons énumérés précédemment. On évitera de la sorte qu'il prenne des habitudes de paresse.

L'instruction des sourds-muets peut, suivant les sujets, être entreprise à six, sept ou huit ans. Certains établissements comme l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, par exemple, ont des classes enfantines où les jeunes infirmes sont admis dès leur sixième année. Mais il ne faut jamais attendre plus tard que neuf ans pour commencer.

En manière de conclusion, nous dirons que l'éducation familiale du jeune sourd-muet, souvent fort défectueuse en raison de l'ignorance des parents, pourrait, si elle était mieux comprise, rendre de grands services à cet infirme et exercer une influence heureuse sur le développement ultérieur de ses facultés intellectuelle et, partant, sur son avenir¹.

1. Ce travail est le résumé d'un ouvrage plus complet que nous avons publié il y a quelques années sur la même question et qui a pour titre : *La première éducation du sourd-muet dans la famille et à l'école primaire*. (Conseils aux parents et aux instituteurs).

VIII. — RECHERCHES HISTORIQUES

LE TRAITÉ DES ANGINES DE LASÈGUE

(Suite)

Par C. CHAUVEAU

IV. — ANGINES CATARRHALES

Le deuxième type morbide de catarrhe guttural chronique serait la pharyngite catarrhale que la plupart des contemporains de Lasègue appelaient angine granuleuse. L'auteur regrette que les manifestations laryngées aient fait en grande partie oublier celles de la gorge. Ce sont ces symptômes pharyngés qu'il s'efforcera de mettre en relief dans cette affection, beaucoup mieux étudiée que la précédente. Il se plaint que le miroir ne donne pas, pour les parties du gosier inaccessibles à la vue, les mêmes résultats excellents qu'il fournit pour le larynx¹. Suivant sa méthode habituelle d'analyse minutieuse, il étudie le mal dans l'enfance, l'adolescence, l'âge moyen et la vieillesse.

Chez les jeunes sujets, la muqueuse serait peu colorée, mais constellée, pour ainsi dire, de nombreuses granulations². Le mal débiterait par la portion supérieure du pharynx (cavum); l'affection « prendrait place entre le coryza et la maladie gutturale ». L'enchifrènement jouerait un grand rôle; par contre, les piliers et les amygdales palatines n'offriraient aucune modification apparente. Chez l'adolescent, la paroi postérieure du pharynx serait non seulement granuleuse, mais rouge, épaissie, couverte de plis quand elle se contracte. Les glaires adhéreraient tenaces à cette paroi; le malade multiplierait les tentatives de déglutition, ce qui attirerait l'attention des parents. Du reste pas la moindre trace de dysphagie, pas de toux, pas de raucité de la voix. Une fois cons-

1. Les types spéciaux de miroir pour la rhinoscopie venaient à peine d'être adoptés.

2. Follicules clos isolés atteints d'hypertrophie; la description que donne Lasègue de la variété infantile prouve indubitablement qu'il s'agit d'adénoïdiens.

tituée, cette pharyngite, que l'on peut voir très précoce chez certains patients, « mériterait peut-être de fixer l'attention, et peut-être aussi fournirait-elle quelques indices sur la constitution future du jeune malade... J'inclinerai à penser que le catarrhe de la gorge, chez les adolescents, est souvent une des premières manifestations de la diathèse à venir ». En tout cas, le mal aurait une ténacité remarquable et, si l'accès aigu qui interrompt de temps à autre l'allure chronique est d'assez courte durée, il serait facile de constater, dans les intervalles de repos apparent, que l'affection persiste larvée, mais bien reconnaissable néanmoins.

Discutant l'influence diathésique, il croit qu'on a attribué à la scrofule un rôle exagéré ; il aurait vu nombre d'enfants scrofuleux avérés échapper complètement à l'angine catarrhale chronique ; « en fin de compte, quelle que soit la tendance naturelle qu'on ait à incriminer le lymphatisme, l'expérience n'autorise pas une pareille conclusion ». On pourrait supposer seulement que la scrofule, compliquant le mal, lui ajoute certaines manifestations, telles que les engorgements ganglionnaires. Mais, si la scrofule n'a qu'une action contestable, il n'en serait pas de même de l'arthritisme (diathèses gouteuse, herpétique, hémorroïdale). Comme beaucoup de perturbations digestives, les troubles pharyngés seraient ici prodromiques ; leur symptomatologie n'ayant rien qui les distingue des autres variétés de catarrhe guttural chronique, ce n'est qu'à la longue que la nature véritable de l'affection se décélérerait. « Après bien des tâtonnements improductifs, dit-il, à propos d'un malade, j'eus, de guerre lasse, l'idée d'examiner la gorge, ne soupçonnant alors ni que l'angine chronique pût se développer à un si jeune âge, ni qu'elle pût avoir sur la langue une telle action. L'arrière-gorge présentait à un haut degré les caractères de la phlegmasie catarrhale diffuse ; sa rougeur contrastait avec la pâleur des lèvres et de la bouche ; la muqueuse était épaisse, ridée, la luette longue et œdémateuse. » Un traitement pharyngé approprié fit disparaître rapidement tous les symptômes dyspeptiques, autrefois si rebelles ¹. « La leçon ne pouvait être perdue, et, depuis lors, je n'ai pas laissé échapper une occasion de vérifier cette loi de coïncidence. » Il restait à fixer le nombre des

1. Nous avons vu des manifestations de ce genre qui nous ont paru parfois liées à des troubles stomacaux, mais surtout intestinaux. Les perturbations gutturales, en troublant le goût et en amenant probablement des réflexes variés, modifieraient par une sorte de choc en retour l'activité du tube intestinal qui s'améliore quand les phénomènes pharyngés disparaissent.

pharyngites catarrhales chroniques pendant les premières années de la vie. « J'ai poursuivi cette modeste enquête en ville et à l'hôpital, dans les services d'enfants dont j'étais chargé. Il en est résulté pour moi la démonstration que tout au moins les congestions durables sont déjà très fréquentes dans la première enfance. » Dans l'âge adulte, la répercussion de l'angine sur l'état saburral de la langue se verrait au moins aussi souvent; à ce propos, Lasègue rapporte le cas assez probant, en effet, d'un jeune étudiant en médecine chez qui cette relation était des plus évidentes. L'auteur pense que l'hérédité est certaine dans un grand nombre de faits qu'il a observés. Cette perturbation catarrhale présenterait des alternatives de repos et des exacerbations propres aux affections chroniques. « C'est pendant les recrudescences qu'elle se transmet surtout aux *trompes d'Eustache*. » Cette propagation aurait une influence désastreuse sur l'intégrité de l'ouïe. « Tout le monde sait combien fréquemment la surdité des enfants est sous la dépendance d'une affection de la gorge, et il n'est pas un médecin en pareil cas qui ne commence par examiner l'isthme du gosier. Mais la plupart attribuent aux seules affections des amygdales l'affaiblissement du sens de l'ouïe, et quand ils ont constaté que les amygdales ne sont pas hypertrophiées, ils passent outre. Je suis loin de contester l'action des phlegmasies tonsillaires, et j'y insisterai en leur lieu; mais on aurait tort de ne pas avoir l'attention fixée sur l'état du pharynx et de ne pas lui attribuer sa part trop réelle d'influence. » Chez les enfants et les adolescents, ces connexions étroites avec la rhinite et l'otite ne s'accompagneraient pas de relations semblables avec l'organe phonateur¹. « Autant la surdité incomplète est une complication commune, autant la laryngite est chez les enfants une rare conséquence de la pharyngite chronique. » La santé enfin resterait complètement indemne.

La pharyngite catarrhale de l'adulte de Lasègue est bien de la pharyngite granuleuse, tendant à envahir non seulement le pharynx, mais encore le larynx et la trachée. Parfois, mais plus rarement, le mal débiterait par le rhinopharynx et pourrait alors occasionner une surdité grave, ainsi qu'il l'a observé chez une femme de trente-deux ans. Les symptômes bien connus depuis Chomel n'ont ici que le mérite d'une description soignée et minutieuse. Rappelons cependant que Lasègue distingue dif-

1. Parce que les cas de Lasègue sont surtout de l'adénoïdisme avec inflammation assez marquée de la muqueuse et hypertrophie des follicules clos isolés, en même temps que de l'amygdale pharyngée et non la pharyngite de l'adulte.

férentes formes. La muqueuse pourrait être lisse, sèche, sans plis apparents. « C'est la variété la plus rare, et cependant j'en ai rencontré des exemples où cet état persistait avec une invincible uniformité. » La variété la plus commune serait la granuleuse, bien étudiée, dit-il, par Green et surtout par Guéneau de Mussy. L'allure de ces granulations, leur évolution s'accorderaient peu avec l'idée d'une hypertrophie glandulaire; car les sécrétions sont peu modifiées et les malaises déterminés par ces granulations souvent insignifiants¹. les saillies ampullaires auraient en somme une assez faible importance; mais il n'en serait pas de même de l'épaississement et de la vascularisation exagérée déterminant « un lacis variqueux très évident ». Cependant l'épaississement et la rougeur seraient moindres que dans l'angine catarrhale diffuse chronique.

Lorsque le mal dure depuis longtemps et qu'il a des tendances extensives très marquées, il peut non seulement envahir le larynx, mais encore les parties sous-jacentes de l'arbre respiratoire. En somme, quelque bénigne que paraisse l'affection, elle n'en déterminerait pas moins des troubles assez gênants. « Beaucoup de malades sont vivement préoccupés par les symptômes qu'ils rapportent à une plus grave affection; d'autres sont entravés dans leur existence et obligés à un repos intermittent qui leur pèse; d'autres sont contraints de renoncer à leur carrière. » Parfois même les choses iraient plus loin, et Lasègue mentionne des phénomènes qui paraissent dus à des poussées infectieuses s'opérant au niveau du pharynx malade. « Indépendamment de ces causes de dépression morale, je crois que la pharyngo-laryngite est par elle-même susceptible de compromettre la santé quand elle se prolonge, et qu'en même temps elle garde une sorte d'acuité, ou quand elle est fréquemment traversée par des accès subaigus. On voit alors survenir un de ces états fébriles (analogues à la fièvre ganglionnaire actuelle?) mal caractérisés, qu'accompagnent tant d'autres phlegmasies chroniques. L'appétit diminue, le malade maigrit, se fatigue, et ne peut se défendre d'attribuer à une consommation pulmonaire l'ensemble des symptômes qu'il éprouve. Le médecin lui-même se tient difficilement à l'abri de ces appréhensions en voyant le malade s'attrister et dépérir. La toux, bien que rare, existe parfois; la raucité de la voix fournit matière à plus d'un doute, et pour peu que la trachée soit affectée, même incidemment, à un faible degré (à cause des râles mentionnés plus haut), les inquiétudes

1. Spengler avait soutenu, déjà en 1862, qu'un certain nombre de ces granulations sont des néoformations fibreuses.

prennent encore plus de consistance¹. » Néanmoins, bien que la voix soit manifestement atteinte dans l'émission habituelle, elle reprend souvent toutes ses qualités dans le chant. « Tous ou presque tous les artistes des grands théâtres lyriques ont la voix parlée très voilée quand ils prononcent à demi-voix dans une conversation intime, et leur voix ne reprend sa sonorité que quand ils en élèvent le timbre à la tonalité artificielle du théâtre... M. Guéneau de Mussy rapporte l'histoire d'un chanteur dont la voix parlée était tellement rauque, qu'il n'abordait la scène qu'en tremblant, mais quand il chantait, le son sortait parfaitement clair. » Après avoir signalé la perte de certaines notes élevées, la raucité humide, plutôt rude qu'éteinte, l'amélioration produite par un repos prolongé, il fait remarquer que « l'excès de sécrétion muqueuse paraît répondre plutôt à l'extension qu'à l'intensité de l'affection pharyngée. L'expectoration, d'abord considérable le matin, pourrait constituer par son abondance une pénible incommodité. « J'ai vu chez un malade, obligé par sa profession à de longs entretiens dans son cabinet, l'expectoration devenir si énorme, qu'il fut contraint, par ce seul accident, de renoncer pour quelques semaines à recevoir ses clients ».

L'envahissement de l'organe phonateur serait habituel¹, mais non nécessaire. « C'est forcer la réalité de considérer la laryngite comme le terme ultime de l'affection pharyngée. Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit des troubles de la phonation comme de ceux de l'ouïe, qui répondent effectivement aux périodes les plus avancées des pharyngites ou des amygdalites reconnues ou traitées longtemps avant que la surdité ait apparu. Chez un jeune homme de 17 ans, l'affection catarrhale du pharynx procédait par accès subaigus, et chaque fois qu'elle redoublait d'intensité, elle était précédée par un enrouement douloureux de quelques jours avec une toux d'un timbre particulier. Pendant la période aiguë, le pharynx présentait seul un aspect caractéristique, auquel ne participaient ni les amygdales, ni les piliers. La muqueuse pharyngienne était d'un rouge ardent, épaissie par places, avec des élevures qui formaient deux à trois saillies à contours inégaux, dans le sens longitudinal. Les sillons intermédiaires, d'un rouge moins intense, ponctués de blanc, probablement dépouillés de leur épithélium, ressemblaient à des surfaces ulcéreuses en voie de réparation. La gorge était chaude au

1. Tous ces phénomènes se voient dans la pharyngo-laryngite sèche ozéneuse; nous en avons vu nous-même quelques exemples (*Journal de médecine interne*, 1903).

toucher et le malade se plaignait d'une sensation de brûlure¹. » Un coryza par refroidissement, à allure tenace, vint ramener une nouvelle poussée pour laquelle il consulta Lasèque. Ce dernier, bien qu'il ait assez souvent observé le mal isolé dans le pharynx, ne reconnaît pas moins que la laryngite complique d'habitude la pharyngite « et que l'inspection de l'arrière-gorge fournit les plus précieux renseignements ».

Amygdalite chronique. — L'amygdalite chronique existerait rarement à l'état isolé. Ce qui a fait croire le contraire, c'est que les lésions amygdaliennes sautent aux yeux, tandis que les altérations morbides de la muqueuse demandent, pour être reconnues, un examen beaucoup plus attentif. Examinant systématiquement le pharynx d'individus de tout âge et même de très jeunes sujets, Lasèque ne pouvait pas ne point remarquer combien le tissu lymphoïde du pharynx est soumis à de notables variations individuelles, que celles-ci soient innées ou acquises. « Les amygdales ont des dimensions extrêmement variables et se présentent sous des aspects très différents. Lorsqu'on examine la gorge d'un très grand nombre d'enfants, il est facile de constater ces *variations congénitales*. Elles consistent non seulement dans le volume plus ou moins augmenté de l'organe, mais dans sa coloration et dans sa conformation apparente. Sa surface est presque lisse, ou présente des anfractuosités, des saillies, des déchirements que l'on attribue à tort à des lésions pathologiques, puisqu'on les retrouve même chez des enfants du premier âge qui n'ont jamais souffert d'angines². » L'auteur fait à ce sujet une comparaison qui montre bien que la tonsille linguale ne lui avait pas tout à fait échappé. « Les amygdales sont, comme la langue, lisses, inégales, rugueuses, fendillées, en dehors de toute cause malade, et on peut dire qu'il est difficile, sinon impossible, de définir leur état vraiment normal. » Lasèque insiste longuement sur les lacunes dont il décrira plus loin les lésions ulcéreuses ou calculeuses. Il montre que leurs cavités, plus ou moins étendues et profondes, augmentent singulièrement la surface de la muqueuse, et il ajoute : « La disposition de ces cryptes anfractueuses, le processus des lésions dont elles sont le siège, les modifications normales ou pathologiques que subit

1. Ces cas ressemblent beaucoup à l'eczéma cutané; chez une femme de 48 ans, que nous avons observée, les manifestations cutanées assez étendues et anciennes alternaient même avec les déterminations gutturales.

2. Robert attribuait ce gros volume des tonsilles à des poussées de dentition un peu anormale. Nous les avons vu souvent succéder à de légères excoirations des lèvres.

le mucus sécrété à leur intérieur, n'ont été qu'imparfaitement étudiés. Il est constant que les glandes s'ouvrent aussi bien dans les cavités qu'à la surface de l'organe, que les follicules y sont nombreux. Il est probable que le plus grand nombre des affections de l'organe qui entraînent des troubles sécrétoires ont dans ces cavités leur point de départ. C'est là que se passent les premières et les principales modifications qui échappent si souvent à l'investigation directe, ou dont on n'aperçoit que les derniers produits. »

Les enfants seraient seuls atteints de cette affection. « Chez les adultes, l'amygdalite chronique catarrhale est une rare affection, si elle existe. Les affections tonsillaires sont nombreuses, mais elles appartiennent à d'autres formes. » Le mal, chez les sujets prédisposés, « ne cesse pour ainsi dire jamais, mais étant surtout cryptaire, il est par cela même d'une observation difficile ». D'autre part, les exsudats accumulés dans ces cavités seraient par contre-coup une cause d'irritation constante. « Lorsqu'on extirpe les amygdales, dans le cours d'une amygdalite chronique, on est frappé de la quantité considérable de mucus que contiennent les cavités qui n'ont pas évacué leur contenu. » L'évolution serait marquée par une série de poussées suivies d'un mieux relatif. « Les accès, ordinairement subaigus, n'ont pas de durée fixe et ne reconnaissent de causes appréciables que dans un certain nombre de cas. » Cependant la puberté, les règles difficiles ou pathologiques, le refroidissement, pourraient être incriminés assez souvent. Lasègue revient sur ce qu'il a dit auparavant des lésions amygdaliennes, considérées comme cause inflammatoire et cause d'irritation par rapport aux cavités voisines. « Ces inflammations par propagation peuvent s'éteindre avec la lésion qui leur a donné naissance et disparaître avant elles, mais elles ont pour caractère d'être douloureuses, de produire de la sécheresse et de la chaleur. » Remontant en haut, les irradiations phlegmasiques gagnent les trompes; descendant en bas, elles envahissent le larynx, déterminant « de la raucité ou de l'extinction de la voix et une laryngite presque franche. Ces propagations passagères ont peu d'inconvénients; elles en ont davantage quand elles se répètent et, qu'entretenues par l'amygdalite, elles tendent à se fixer ou à se reproduire à de courts intervalles. » Ces poussées ont attiré, dit-il, de bonne heure l'attention des praticiens sur l'affection et ses conséquences parfois désastreuses. « C'est sans doute une des raisons pour lesquelles les médecins, voués spécialement à l'étude des maladies des oreilles, ont attribué à la phlegmasie tonsillaire chronique un

rôle quelque peu exagéré dans la production des surdités catarrhales, alors qu'ils insistaient moins sur l'influence plus insidieuse des catarrhes pharyngés¹. » Finalement ces phlegmasies secondaires finiraient par subsister pour leur propre compte. Ces amygdalites seraient également la cause des adénites cervicales si fréquentes dans l'enfance. « Non seulement l'inflammation chronique de l'amygdale s'étend sur la membrane muqueuse, mais elle affecte aussi les vaisseaux lymphatiques et donne lieu à des adénites du cou. Tant que l'engorgement des ganglions lymphatiques reste passif, il n'a d'inconvénient que chez les enfants maigres et dont la peau transparente laisse voir les glandes tuméfiées. Lorsqu'au contraire, soit d'emblée, soit à la suite de poussées inflammatoires qui se succèdent, les ganglions deviennent le siège de phlegmasies subaiguës, ils subissent des altérations plus graves. Les médecins qui attachent avec raison une souveraine importance aux adénites des angines infectieuses auraient tort de négliger les engorgements ganglionnaires provoqués par les phlegmasies catarrhales tonsillaires. Ce n'est pas un médiocre chagrin pour une jeune fille de porter au cou une tumeur qui suppure après avoir déterminé des douleurs modérées, mais persistantes, et qui laisse, une fois ouverte, une cicatrice indélébile. » Sa marche serait la suivante : « Hypertrophie d'un ou deux ganglions, indolente pendant les périodes de rémission et laissant aux glandes une certaine mobilité sous la pression du doigt. Pendant les crises d'amygdalite plus aiguës, bien qu'exemptes de fièvre et de symptômes généraux, sensation de tension et douleurs légères lorsqu'on appuie le doigt, ou par la compression de vêtements; le ganglion se fixe sans augmenter notablement de volume. Si les accès reviennent plus fréquents ou plus intenses, il se forme vraisemblablement de petits foyers de suppuration mal caractérisés et dont on soupçonne plutôt qu'on n'affirme l'existence. A partir de ce moment, la suppuration gagne, les foyers se multiplient. Cette marche s'accomplit avec une extrême lenteur : il faut des mois et souvent des années pour que le ganglion se fonde dans un de ces abcès dont on sait trop bien l'imperturbable chronicité. » Ainsi Lasègue, non content d'ôter à la scrofule l'hypertrophie des amygdales qu'il regarde comme congénitale pour les raisons expliquées précédemment, les poussées inflammatoires du côté de la gorge, du nez, des oreilles, du larynx, parce qu'il les considère comme un résultat des lésions tonsillaires jouant le rôle d'épine inflamma-

1. Voir plus haut ce qu'il dit sur le catarrhe du naso-pharynx.

toire, lui enlève encore bon nombre de ces adénites cervicales qui passaient pour un de ses meilleurs stigmates.

L'hypertrophie tonsillaire entretiendrait avec l'amygdalite chronique des relations si étroites qu'il s'agirait en réalité d'une seule et même affection, mais son origine fort variable empêche d'en faire une espèce nosologique unique, parce que ce serait s'engager « dans une description confuse qui ressemble artificiellement à des états qu'il importe de séparer par une analyse plus approfondie ». Accidentelle, passagère ou au contraire durable, elle résulterait de maladies éruptives variées, d'inflammations parenchymateuses diverses. Elle ne surviendrait que chez l'enfant, mais pourrait persister chez l'adulte. Du reste, l'ampleur même très exagérée des tonsilles peut être normale en quelque sorte. « Beaucoup d'enfants apportent en naissant cette disposition qu'on a essayé de rattacher à leur constitution. » Cette grosseur de tonsilles qu'on a essayé de rattacher systématiquement à la scrofule, est due bien souvent à une cause fortuite; l'examen de la gorge permet de la constater chez de très jeunes sujets parfaitement bien portants; mais, dit Lasègue, l'hypertrophie progressive est bien morbide et liée au catarrhe tonsillaire chronique. Sans entrer dans une description bien connue et qu'il a donnée du reste précédemment à propos du catarrhe pharyngé chronique, l'auteur se borne à dégager nettement deux formes principales ¹. « Dans la première, la congestion est généralisée, les amygdales sont d'un rouge livide, leur sécrétion est augmentée et il est difficile d'en apprécier la qualité ou d'en mesurer la quantité; il suffit, pour se convaincre de l'exagération de la sécrétion, de prolonger pendant quelques secondes l'inspection de la gorge. On voit alors sourdre par les cryptes un liquide transparent et, en écartant les cryptes avec un stylet, on constate qu'elles contiennent du mucus en grande proportion.

« Dans le second type, la sécrétion ne paraît pas s'accroître, mais les amygdales prennent une teinte opaline; leur surface est muriforme, on dirait qu'elles sont composées d'une agglomération de vésicules demi-transparentes. Au toucher elles sont molles, veloutées, dépressibles, tandis que, dans l'autre variété, elles donnent la sensation d'une résistance presque cartilagineuse.

« Les symptômes sont à peu près les mêmes dans les deux cas : difficulté de déglutition, ardeur moyenne de la gorge.

1. Comme on le voit, l'auteur connaissait parfaitement l'angine lacunaire bien qu'il n'en prononce pas le nom.

« La seconde espèce est en général plus fugace, les exacerbations durant à peine au delà de 24 heures. Quelle que soit la modalité de l'affection catarrhale, l'hypertrophie s'accroît à chaque poussée subaiguë. Elle peut être portée assez loin pour que les deux organes se touchent et laissent à peine un espace vide où vient se fixer la luette. Dans ces exemples extrêmes, il n'est pas très rare de noter une sorte d'intertrigo des amygdales, blanchâtres, tomenteuses au point de contact. »

Quelles sont les conséquences de l'hypertrophie amygdalienne? En dehors des poussées d'angines simples ou phlegmoneuses dont elle favorise les récides « par elle-même, en dehors de toute complication, l'augmentation exagérée des amygdales a pour effet d'altérer à des degrés très variables le timbre de la voix qui devient en général plus nasonnée, d'entraver la respiration buccale et d'imprimer un cachet particulier à la physionomie, au moins dans les cas extrêmes, de gêner par exception l'exercice de l'ouïe, bien que les demi-surdités aient, ainsi que je l'ai montré plus haut, une autre origine. On a supposé que, par contre, l'hypertrophie congénitale, infirmité sans évolution morbide, contribuait, chez certains enfants, à donner moins d'ampleur ¹ à la poitrine. »

Quelques lignes sont accordées aux calculs tonsillaires, c'est-à-dire à l'angine lacunaire calculeuse. Lasèque se borne à une mise à point de la question, en se servant surtout des matériaux que lui fournissait à cette époque la littérature allemande (*Schutz, in Caspers' Wochenschrift*, 1838; *Würzer, in Schmidts' Jahrbuch*. XXXI; *Wiener, in Caspers Woch.*, 1840; *Knaus in Würtemb. Corr. Blatt*, 1840).

Le catarrhe de la luette n'aurait guère d'importance, contrairement à ce qu'on avait soutenu autrefois. La sensation de corps étranger, déterminée par la luette pendante, aurait attiré l'attention des malades, puis des médecins, sur cet organe insignifiant, simple appendice du voile. Du reste, ce malaise ne serait pas toujours le résultat de l'élongation de la luette, siège, dans ces cas, d'une altération pathologique. En réalité, « la luette n'est pas affectée isolément, mais elle représente le maximum d'intensité de la lésion, à cause de sa forme qui rend les moindres modifications accessibles à la vue; que le voile du palais soit épaissi, œdématié, congestionné, qu'il ait perdu en partie sa contractilité, on ne s'en rend compte que par une délicate et minutieuse investigation; que la luette ait subi les mêmes

1. Dupuytren, Coulson, Warren, Robert, Lambron.

changements, on l'apprécie sans tant de difficulté. » Ces facilités d'observations donneraient à la luette une individualité toute de surface. En somme, les affections de celle-ci doivent être confondues avec les maladies du voile; le catarrhe de ce dernier, coexistant en général avec celui des régions voisines, existerait parfois à l'état isolé. Lasègue décrit ensuite l'allongement, l'œdème de la luette, si facile à produire à cause de la laxité du tissu cellulaire en cet endroit, les saillies plus ou moins confluentes de la surface, assez semblables aux éruptions miliaires, les tiraillements ressentis par le malade, la sensation de corps étranger. « Comme pour le voile, il est probable que les lésions de la face postéro-supérieure de la luette sont fréquentes; mais, dit-il, elles échappent à la vue. L'excision de la luette reste souvent impuissante à guérir les symptômes éprouvés par le malade; il ne faut donc pas en abuser. »

En outre des inflammations proprement dites, Lasègue a cru devoir aborder deux sujets qui ne rentrent pas précisément dans le cadre de son ouvrage; mais, comme nous l'avons fait remarquer au début de cette étude, il ne s'est jamais cru astreint à un plan rigoureux,

Il nous a donc laissé une esquisse assez brève, du reste, sur les tumeurs et sur les troubles nerveux du pharynx.

Le cancer pharyngien serait regardé comme assez fréquent par Warren; lui-même en aurait observé quelques exemples, bien que les auteurs classiques restent pour ainsi dire muets sur ce point. « On comprend avec quelle réserve j'appelle l'attention sur des lésions incomplètement observées, dont le diagnostic prête à plus d'un doute. » Le mal pourrait être primitif ou secondaire. Il siègerait de préférence à la partie inférieure du pharynx et aussi au niveau de la voûte palatine d'où il envahirait consécutivement le voile. L'auteur décrit assez fidèlement l'aspect des lésions, la congestion livide des parties. Lasègue insiste du reste surtout sur le cancer amygdalien dont il aurait vu quatre cas dans les hôpitaux. Essentiellement topique, la lésion maligne n'aurait jamais envahi les ganglions. Il en rapporte une observation caractéristique chez un verrier de 47 ans. Le mal remontait à six mois; l'évolution fut lente et s'accompagna bientôt d'hémorragies. L'amygdale était grosse et excavée; bientôt il survint de la névralgie faciale, des sécrétions ulcéreuses, de la cachexie, en même temps que des végétations fongueuses se développèrent en grand nombre; mort au bout d'un an environ.

Le deuxième malade, âgé de 65 ans, ébéniste, n'eut ni douleurs bien vives, ni hémorragie, et succomba subitement à des

phénomènes de suffocation, La maigreur était extrême. Le mal s'était développé à gauche et avait gagné les deux piliers. Durée probablement identique à celle du premier cas. Le patient fut suivi huit mois à la consultation hospitalière.

Le troisième cas se rapporte à une sage-femme de 47 ans. Le malaise guttural remontait à cinq années et se serait accompagné au début d'altération de la voix et de douleurs névralgiques. État stationnaire pendant trois ans, puis aggravation subite, dysphagie, douleurs violentes et pénibles; apparition d'ulcérations qu'on crut d'abord syphilitiques; insuccès complet des spécifiques; pas d'engorgements ganglionnaires, santé générale bonne, hypertrophie des parties malades (amygdales, piliers) qui étaient inégales et érodées.

La quatrième observation serait, suivant Lasègue lui-même, très douteuse par la symptomatologie, l'évolution des symptômes et l'âge du sujet qui était une jeune femme. Il est possible qu'il s'agisse d'un lupus primitif du pharynx, affection rare, mais qu'on rencontre parfois.

A propos du cancer de la gorge, il signale les travaux de Warren, de Marsden (*Lancet*, 1859) et surtout de Lebert (*Traité des maladies cancéreuses*, 1851), qui avait consacré un chapitre spécial de son ouvrage aux tumeurs malignes de l'arrière-gorge.

Les troubles nerveux du pharynx seraient d'abord l'hyperesthésie qu'on rencontre dans toutes les phlegmasies aiguës, mais qui peut, même dans ce cas, avoir une certaine autonomie quand, chez un sujet nerveux, elle dépasse les bornes permises. Du reste, contrairement à quelques-uns de ses prédécesseurs, Lasègue n'aurait pas observé de névralgie véritable. Parfois il n'y a pas de lésions inflammatoires et tout au plus un peu de rougeur diffuse. Les phthisiques seraient sujets à cette incommodité au début de leur maladie. Si peu grave que soit le symptôme ainsi isolé, il est nuisible en gênant l'alimentation.

L'anesthésie lui paraît plus importante à étudier que l'hyperesthésie. Où commence-t-elle? C'est ce qu'il est difficile à dire, la sensibilité pharyngienne étant très variable suivant les individus. Il y aurait anesthésie ou plutôt paresthésie après toute angine aiguë. Cette anesthésie se localiserait parfois à un segment du voile. Les hystériques en seraient particulièrement atteints. Du reste la sensibilité fonctionnelle pourrait persister, même si la sensibilité générale était abolie. Ce sont, dit-il, deux ordres de phénomènes parfaitement distincts.

La paralysie, mieux connue que les troubles précédents, dériverait d'une maladie nerveuse ou d'une angine. Survenue au cours

d'une phlegmasie simple, elle serait transitoire. Il en est, dit-il, autrement si elle succède à une inflammation spécifique de la gorge. Ce serait là une distinction d'une très grande importance ; il n'y a plus alors proportion exacte entre l'angine et la paralysie ; la durée pourrait être très longue. L'affection succéderait surtout alors à la diphtérie, puis aux fièvres exanthématiques et enfin aux amygdalites et périamygdalites tonsillaires.

IX. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — PAROTIDITE SUPPURÉE CHRONIQUE ; ÉCHAUFFEMENT ; OPÉRATION ; GUÉRISON,

Par le professeur **H. LAVRAND** (de Lille).

Les inflammations des glandes salivaires partent habituellement de la bouche et, par voie ascendante, se propagent, en suivant les canaux excréteurs, jusqu'aux acini glandulaires.

L'inflammation des conduits excréteurs se limite parfois à l'orifice seul, mais le plus souvent elle envahit le canal et donne lieu, comme symptôme le plus frappant, à de la rétention, c'est-à-dire que la glande est tuméfiée, rénitente, sans devenir douloureuse à la pression ; cependant on observe quelquefois des douleurs vives et lancinantes. A noter l'ouverture plus ou moins difficile de la bouche. C'est au moment des repas que le gonflement apparaît ou s'accroît.

Le cathétérisme du canal constitue un excellent moyen de diagnostic et de traitement. En effet, il permet de se rendre compte s'il s'agit d'un corps étranger, d'un calcul salivaire ou simplement d'un gonflement. De plus, l'exploration est thérapeutique, parce qu'elle rétablit pour un temps plus ou moins long le calibre du conduit, lève l'obstacle et fait écouler la salive retenue par l'obstruction.

Nous nous rappelons avoir communiqué à la Société¹ le cas d'un verrier (souffleur de bouteille) chez qui, pendant l'insufflation, le canal de Sténon, d'un côté, se dilatait et formait une grosseur du volume d'une noix, apparente extérieurement sur la joue. Était-elle produite par distension simple ou par distension aidée d'une inflammation du canal ?

Lorsque l'inflammation porte sur la glande, elle peut être simple et survenir rapidement ; elle est accompagnée d'une tuméfaction unie ou bilatérale, peu durable, et disparaît sans laisser de trace.

Citons en passant les oreillons. Nous ne nous arrêterons qu'à l'inflammation phlegmoneuse ou suppurative de la parotide.

Les causes locales peuvent être très diverses, mais la plus

1. Société des sciences médicales de Lille.

commune est l'extension d'une phlegmasie buccale. Quant aux causes générales, nous signalerons les divers états infectieux, tels que fièvre typhoïde, pneumonie, diphtérie, fièvres éruptives. Les cachexies chroniques ne jouent qu'un rôle de prédisposition.

L'inflammation est tout d'abord nettement glandulaire et n'atteint que secondairement le tissu conjonctif.

Dans les cas graves, la glande peut se sphacéler en entier. D'autres fois il se produit des propagations inflammatoires vers les muscles voisins des os, de la base du crâne et des méninges; parfois les veines faciales, jugulaires, les sinus s'enflamment et des filets nerveux du facial sont détruits.

La pathogénie des inflammations phlegmoneuses des glandes salivaires a été très discutée; le plus probable c'est que l'agent infectieux part de la cavité buccale, remonte jusqu'aux acini glandulaires par les canaux excréteurs, mais comment se fait son mode d'introduction? Quel est l'agent de l'infection? On ne sait au juste.

Nous ne rappellerons pas la symptomatologie; disons seulement que le troisième ou quatrième jour, le gonflement est à son maximum; que parfois on observe de l'œdème de la face avec vertiges, éblouissements, tintements d'oreille (compression des veines faciales et jugulaires).

La résolution peut se faire du troisième au quatrième jour, cependant la suppuration est la règle; le plus habituellement elle a lieu en plusieurs points, d'où une série de petits abcès successifs. D'autres fois, la parotide devient dure, énorme, et la gangrène se produit rapidement.

La mort survient par le fait de la maladie causale ou par les complications fréquentes de la phlegmasie parotidienné.

Parmi les complications, citons les fusées purulentes : articulation temporo-maxillaire, oreille moyenne, rétro-pharynx, sterno-mastoidien, et jusque dans le médiastin.

Les hémorragies graves et répétées (ulcération d'un tronc artériel ou veineux, de la faciale, d'une jugulaire). La gangrène se trahit extérieurement par la teinte chamois de la peau.

Les fistules salivaires sont rares.

Le diagnostic ne présente en général pas grandes difficultés. On différenciera la parotidite phlegmoneuse des oreillons et des adéno-phlegmons de la région. Les adénites parotidiennes profondes sont impossibles à distinguer de la parotidite elle-même.

Le pronostic est toujours sévère pour les parotidites de cause générale; au contraire, celles de cause locale ont plus de tendance à rester limitées à une portion de la glande.

OBSERVATION. — Moul..., 36 ans, employé des contributions à Lille, vint nous consulter le 13 octobre 1904 pour un gonflement intermittent de la parotide gauche. Le début remonte à sept ou huit ans; un jour, il a constaté, au moment d'un repas, que la région de l'angle de la mâchoire à gauche augmentait de volume; au bout de quelques heures, un liquide chaud et gluant s'est écoulé dans la bouche et la tuméfaction a disparu. Les accès se sont rapprochés de plus en plus et, il y a cinq ans environ, le liquide est devenu laiteux. Le malade avait même pris l'habitude de vider la collection en appuyant sur la région parotidienne, lorsque la tuméfaction attirait son attention.

Le 10 octobre 1904, nous constatons que la région angulo-maxillaire gauche est gonflée; l'ostium buccal du canal de Sténon est saillant, dilaté. La pression sur la parotide fait sortir un liquide laiteux, c'est-à-dire une salive parotidienne mélangée de pus.

Le gonflement survient assez souvent à l'occasion d'un repas, mais jamais il n'y a eu douleur ou colique salivaire. Le malade, cependant, commence à s'inquiéter, parce que le gonflement apparaît presque tous les jours, et, s'il n'est pas douloureux, détermine une sensation de gêne.

L'exploration avec le doigt, le cathétérisme du canal de Sténon avec un stylet très fin ne permettent pas de sentir un calcul. En l'absence de tout autre indication, nous nous bornons à prescrire un gargarisme antiseptique et à conseiller de ne pas molester trop souvent la partie tuméfiée.

Pendant cinq semaines, rien à signaler.

23 novembre. Le malade commence à souffrir, et la région parotidienne devient dure, sensible au toucher, chaude.

25 novembre. L'état demeure stationnaire.

28 novembre. Le gonflement inflammatoire augmente ainsi que les douleurs, la fièvre s'allume; la nuit, le sommeil a été impossible. A ce moment, le patient fait appeler le Dr Dhalluin qui habite dans son voisinage.

29 novembre. Tous les symptômes se sont accrus, notamment les douleurs et la tuméfaction. Nous nous réunissons ce jour-là avec le Dr Dhalluin. Toute la région parotidienne et le haut du cou sont intéressés; pas de fluctuation nette, plutôt une sensation d'élasticité; gonflement œdémateux avec rougeur diffuse de la peau.

La douleur continue, s'exaspère de temps à autre par crise très pénible. La déglutition est difficile, la bouche s'ouvre peu et avec peine.

Nous proposons une intervention immédiate au malade qui accepte sur-le-champ pour être délivré de ses souffrances.

A Saint-Camille, avec l'aide du Dr Dhalluin, on rase le malade, on fait l'asepsie du champ opératoire et, sous l'anesthésie chloroformique, on incise la peau le long de la branche montante du maxillaire, aussi bas que possible, à cause du facial et du canal de Sténon; à travers le tissu cellulaire fortement œdématisé, on parvient à l'aponévrose que l'on débride et, en dilacérant les tissus profonds

avec la sonde cannelée, on donne issue au pus collecté à la partie inférieure de la glande.

Malgré l'observation la plus minutieuse, la sonde ne rencontre dans le foyer purulent aucune trace de calcul, ni de corps étranger; on ne trouve d'ailleurs non plus rien dans le pus.

Le soir, le malade se trouve fortement soulagé. Température 39° 6.

30 novembre. La nuit a été bonne. Température 35° 6 et 36° 4. Les douleurs ont complètement disparu.

1^{er} décembre. Température 36° et 36° 8. État satisfaisant, mais difficulté toujours très grande pour ouvrir la bouche.

La fièvre n'a plus reparu. Rien à signaler dans la marche régulière de la plaie. Au bout de moins de huit jours, le malade rentrait chez lui.

Vers le 10 janvier, la plaie opératoire était définitivement fermée sans fistule salivaire. La bouche s'ouvrait beaucoup mieux, mais il persistait encore de la raideur.

L'ostium du canal de Sténon avait repris les dimensions ordinaires, c'est-à-dire qu'il fallait le chercher pour le voir.

Le 16 février, la guérison est complète. La bouche s'ouvre à peu près comme autrefois. Plus de gonflement, ni douleur au niveau de la parotide. La mastication ne fait plus gonfler la glande et la pression ne détermine plus l'écoulement d'aucun liquide dans la bouche.

1^{er} août. La guérison se maintient.

Nous avons eu affaire à une parotidite inflammatoire chronique de longue durée. Pendant plusieurs années, tout s'est borné à un gonflement plus ou moins fréquent de la glande, suivi d'un écoulement de liquide visqueux et longtemps laiteux. Sans cause connue, l'échauffement s'est manifesté et la période aiguë a évolué, succédant, par une espèce d'anomalie, à la phase chronique d'emblée.

La suppuration s'est limitée à la partie inférieure de la parotide : il a suffi d'ouvrir un seul foyer pour arrêter la phlegmasie et obtenir la guérison complète et définitive.

Le point intéressant à élucider serait la cause de cette fluxion intermittente de la parotide. Tout d'abord on pense à un calcul. Nous rejetons l'hypothèse de corps étranger à cause du début insidieux et de la lenteur d'évolution. Mais le calcul n'explique guère la symptomatologie. Il faudrait supposer un calcul unique, cause de tout le mal; une fois le branle donné, il se serait éliminé, et aucun autre ne se serait reproduit.

L'hypothèse qui nous semble la plus plausible c'est d'admettre une inflammation silencieuse du canal de Sténon avec obstruction intermittente par gonflement ou spasme; la cause en serait une infection à point de départ buccal méconnu.

L'inflammation est remontée jusqu'à un groupe d'acini, et là,

sous une influence impossible à préciser, il y a eu échauffement et suppuration aiguë en un foyer bien collecté et ouvert en temps utile pour obvier aux extensions et complications.

II. — PERFORATIONS CONGÉNITALES DES PILIERS POSTÉRIEURS DU VOILE DU PALAIS.

Par

COLLET,

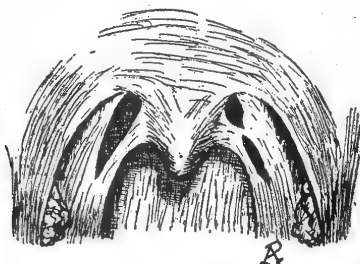
TROULLIEUR,

Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

Interne des hôpitaux de Lyon.

R.-B. André, âgé de 82 ans, est entré il y a quelques années à l'hospice du Perron (service de M. Collet) pour sénilité. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Pas de spécificité. Ralentissement du pouls, qui ne donne que quarante-huit pulsations à la minute. Le reste de l'observation est sans intérêt au point de vue viscéral.

La voix est nasonnée. A l'examen du voile du palais on constate que les piliers postérieurs sont fenêtrés : il y a deux perforations à



Perforation congénitale des piliers postérieurs.
(Croquis du D^r Collet).

gauche et une à droite. Ces perforations sont ovalaires, régulières, à bord lisse, à grand axe dirigé dans le sens des fibres musculaires, c'est-à-dire en bas et en dehors. A leur voisinage la muqueuse est absolument normale. Rien aux piliers antérieurs. Ailleurs la muqueuse du voile présente des arborisations vasculaires, il y en a aussi sur la paroi postérieure du pharynx, avec quelques granulations. Le malade ne se rappelle pas avoir eu mal à la gorge. Quant au nasonnement il le fait remonter à un violent traumatisme de la région malaire (?).

En dehors même de l'absence de tout antécédent pathologique du côté de la gorge, il ne saurait y avoir de doute sur l'origine congénitale des perforations : elles rappellent en tout point celles qu'on a décrites comme telles : intégrité de la muqueuse voisine, direction

allongée et parallèle aux fibres des piliers, intégrité des mouvements du voile.

Ces perforations congénitales ont été surtout décrites au niveau des piliers antérieurs du voile. Cependant une récente observation de M. C. Chauveau¹ concernait le pilier postérieur, et il s'agissait de perforations unilatérales du pilier postérieur gauche. Dans notre cas les perforations étaient bilatérales, mais asymétriques, ce qui n'est pas une raison pour faire rejeter l'origine congénitale, car les perforations des piliers *antérieurs* sont souvent asymétriques (Brockaert, Chauveau, etc.). Quant à la pathogénie de ces perforations, elle est des plus obscures : s'agit-il d'un arrêt de développement ainsi que le prétend Semon, d'une résorption embryonnaire (Testut), d'un trouble de la nutrition, sorte d'aplasie par lésion vasculaire (Brockaert)? Telles sont les principales hypothèses émises pour expliquer les perforations congénitales des piliers antérieurs. Celles des piliers postérieurs, plus rares, ont été beaucoup moins étudiées.

III. — DÉTERMINATION SYPHILITIQUE SUR LE SINUS FRONTAL,

Par C. CHAUCHEAU.

Nous avons publié récemment (*Arch. int.*, mars-avril 1905) un petit travail sur les déterminations sinusiennes, frontales et maxillaires de la syphilis. Le fait suivant nous paraît confirmer les vues que nous avons émises.

H., 38 ans, dont nous avons antérieurement soigné la femme, se présente à notre consultation.

Traité pour une sinusite frontale par un de nos confrères, qui venait de lui proposer l'opération radicale, il tenait à avoir notre avis.

A la fin de janvier 1905, il s'était aperçu qu'il mouchait beaucoup du côté droit seulement. Il avait, par accès, du même côté, des céphalées qui persistaient rarement la nuit. La région sus-orbitaire droite était très sensible au toucher et, paraît-il, enflée.

On avait procédé tous les deux jours à des lavages, dont le premier avait ramené beaucoup de pus, et qui avaient produit une amélioration notable des céphalées.

Plusieurs interventions endo-nasales avaient été pratiquées, suivies de lavages. La situation ne s'améliorant plus, l'opération radicale fut, comme nous l'avons dit, proposée.

A ce moment, 2 juillet, le malade se plaint de maux de tête et de vertige. Il mouche abondamment. Le sinus frontal droit est très opaque et un peu sensible. Sinus maxillaires normalement éclairés.

1. C. CHAUCHEAU. *Arch. internat. de laryngol.*, avril 1905.

Au spéculum, l'ethmoïde est en partie enlevé; une traînée de pus apparaît très en avant, le long de la cloison.

Questionné sur ses antécédents, le malade nous apprend qu'il a été atteint, à 21 ans, de syphilis (chancre de la bouche, roséole, plaques muqueuses) soignée par des pilules mercurielles durant 4 mois. Aucun traitement spécifique depuis cette époque.

Devant ces commémoratifs si nets, nous rappelant nos faits antérieurs, nous nous bornons à des injections d'abord quotidiennes de benzoate de mercure, selon la formule du Prof. Gaucher.

16 juillet (10^e injection) : Amélioration notable. Le malade mouche moins. Plus de maux de tête. A la lumière, *statu quo*.

28 juillet : Malade mouche encore, mais beaucoup moins, seulement le matin. Opacité, *statu quo*.

5 août : Le malade mouche davantage, mais sans céphalée. Opacité stationnaire. La traînée de pus, au spéculum, persiste.

10 août : Le malade mouche très peu, seulement une ou deux fois le matin. La sécrétion est légèrement verdâtre, sans odeur. Le sinus est un peu plus clair qu'auparavant; mais il existe toujours une différence appréciable avec le gauche.

23 août (25^e injection) : Depuis 10 jours le malade ne mouche plus, même pas le matin. Le nez paraît très libre. Pas de céphalée. Rien au spéculum.

A la lumière, opacité légère, mais encore appréciable du sinus frontal droit.

Le malade se jugeant guéri n'a pas été revu.

Durant le traitement par injections, on n'a pratiqué aucun lavage du sinus, ni aucune intervention endonasale.

X. — VARIÉTÉ

UNE

AUTOBIOGRAPHIE DE MÉDECIN

LE DOCTEUR BOTEY RACONTÉ PAR LUI-MÊME.

Bien des auteurs se sont fait leur propre historien, sachant peut-être par expérience, qu'on n'est jamais mieux servi que par soi-même. Mais, le plus souvent, ces autobiographies ne tiraient leur intérêt que des événements historiques plus ou moins importants auxquels leur héros avait été mêlé. Le côté personnel de la question avait été tant soit peu négligé, afin de ne pas donner lieu à des critiques désagréables. Pour s'analyser soi-même sans parti pris élogieux, il faut avoir la résignation et l'impartialité d'un biologiste qui comprend que l'intérêt de la science est dans un pareil sacrifice. L'homme de lettres, le politique, n'ont pas les qualités mentales voulues pour une pareille entreprise; ou du moins ils les ont plutôt laissées s'atrophier, ce qui équivaut à peu près au même. Certains détails, sans intérêt en quelque sorte pour celui qui n'est pas spécialiste en la question, se trouvent cependant être, pour le psychologue dégagé des conceptions métaphysiques, d'une importance majeure. On a essayé de tourner la difficulté. Biologiste et homme célèbre se sont associés en quelque sorte, le premier posant les questions et le second y répondant de son mieux. Le docteur Toulouse et le célèbre écrivain Zola sont deux exemples typiques de cette collaboration; mais quels que soient les avantages de celle-ci, il serait encore mieux que les deux personnages fussent réunis en un seul. C'est ce qui est arrivé avec le Dr Botey, notre très distingué confrère de Barcelone. Il est inutile de rapporter ici les nombreux progrès qu'il a fait accomplir à l'oto-rhino-laryngologie, d'abord parce qu'ils sont trop connus, puis, parce qu'ils ne rentrent pas dans le cadre du sujet que nous nous proposons d'aborder ici. Rappelons seulement que Botey vient de faire paraître tout récemment un volumineux ouvrage sur l'ensemble de la spécialité, où il a déployé toute l'érudition et tout l'esprit clinique que lui ont acquis une pratique déjà longue. Actuellement, nous délaisserons le praticien pour ne plus nous occuper que de l'homme, qui s'est dévoilé avec une candeur et une bonne foi dignes de remarque en ce temps où le bluff est devenu une douce

habitude pour tant de gens. Il a offert, avec son œuvre, aux penseurs et aux philosophes un thème plus propre à fixer leur attention. L'hérédité, aux points de vue paternel et maternel, est décrite avec grand soin ; comme conclusion, on peut affirmer qu'il y avait pas mal de nerveux, de personnalités intelligentes, mais un peu exaltées. Il est vrai que nous sommes dans le midi et qu'au bord de la mer d'azur, on ne juge pas les choses comme dans nos froides contrées septentrionales. D'ailleurs, un peu d'excitation des nerfs ne messied point chez les procréateurs, sans conclure pour cela que « le génie est une névrose », suivant la célèbre formule. L'enfance de Botey fut assez troublée. D'abord laissé à lui-même comme « un petit sauvage », puis envoyé au lycée de Perpignan, puis au collège de Barcelone, il fait preuve d'une force de volonté, d'une indépendance d'esprit remarquables, ainsi que d'un assez mauvais caractère. Il apprend facilement, mais ne s'applique qu'à ce qui l'intéresse, délaissant le reste sans aucun remords. Après quelques tergiversations, il se décide à suivre la profession médicale et se livre en même temps aux sports avec une véritable rage. Négligeant tout ce qui ne lui paraît pas d'un véritable intérêt scientifique, il se préoccupe peu des succès universitaires, quoi qu'il soit en somme un très bon élève, ainsi que l'avenir le démontrera. C'est, dans toute la force du terme, un novateur et un indépendant. Il en a les défauts, mais aussi les grandes qualités. Esprit inquiet, essentiellement laborieux, il ne pouvait se borner à suivre longtemps l'ornière d'une carrière habituelle. Par suite d'une série de circonstances qu'il serait trop long de rapporter ici, il se tourne vers notre spécialité, qui avait peu de représentants, à cette époque, en Espagne. Il étudie et se forme en grande partie tout seul, comme les grands autodidactes tels que Czermack, Vollolini, Troeltsch, Schwartz et ceux du milieu du xix^e siècle. Botey donne sur les crises morales qu'il a traversées, sur ses façons de travailler, sur ses goûts littéraires, artistiques, scientifiques, politiques, sociologiques, les renseignements les plus précieux. Il y joint bon nombre de notions purement physiologiques sur son poids, sa force musculaire, son fonctionnement digestif, etc., sans oublier les différentes affections dont il a été atteint et les troubles morbides qu'il ressent de temps à autre. Comme on le voit, la fusion du biologiste et du psychologue scrutateur avec le sujet observé a été parfaite ; et il en est résulté une œuvre très originale.

C. CHAUVEAU.

XI. — DICTION

LES CONSONNES LEUR RÔLE DANS LA FORMATION DE LA VOIX PARLÉE ET CHANTÉE. LEUR INFLUENCE SUR L'ÉMISSION VOCALE (Suite.)

Par **J. BELEN**, professeur de chant.

LES CONSONNES SONORES MURMURANTES G et J.

Je viens d'expliquer comment, pendant la préparation des sifflantes sourdes Ch et Sch, et par la seule intervention de la vibration laryngienne, elles peuvent être transformées en murmurantes, soit G ou J, et il suffirait, au besoin, d'arrêter leur étude à ce point. Pourtant j'estime que quelques explications supplémentaires ne peuvent nuire, et les voici.

La consonne G doux se place devant les voyelles E et I, soit en tête de mots tels que : « *gerbe, geôle, gentil* ». Elle se place également dans le corps de mots, devant les mêmes voyelles, comme dans : « *danger, plage, hommage, bougie, magie, Georges, gingembre, algèbre, Égérie, agile, etc.* ».

La consonne J se place devant toutes les voyelles, exemples : « *jasmin, jaser, je, Jésus, Jean, jonc, jus, jeune, jeu, joaillier, John, jingoïsme, etc.* ».

Ces consonnes subissent également beaucoup de déformations, soit de la part de personnes atteintes de iotacisme ou de la part d'Allemands qui en font une sifflante sourde.

Les premières disent par exemple : « *Iorïes est ientil, il ioue avec Iacques dans le iardin* », pour : « *Georges est gentil, il joue avec Jacques dans le jardin* », faisant subir identiquement à ces consonnes la même déformation qu'elles font subir aux sifflantes sourdes.

Des Allemands diraient : « *Chorches est chentil, il choué afec Chagues tans le chartin* ». Il suffirait par conséquent de faire observer à ces derniers que l'articulation de G et J s'accompagne de sonorité laryngienne pour que, instantanément, la faute commise soit corrigée.

Quant au iotascisme, il cède toujours devant des explications — de cause à effet — comprises et mises en pratique. C'est plus

ou moins long, selon le degré d'intelligence du sujet atteint de ce défaut, voilà tout.

L'étude des sifflantes sourdes s'applique exactement à l'étude des murmurantes, la formation des unes et des autres est identique, et la disposition générale de l'appareil buccal dans la préparation comme dans la détente, est de tous points semblable; les mêmes causes amènent les mêmes effets. La seule différence à observer c'est, une fois de plus, que le larynx vibre pour la formation des murmurantes, et qu'il ne vibre pas pour la formation des sifflantes sourdes.

LES CONSONNE ZÉZAYANTES S, X, Z.

Les zézayantes S, X, Z, offrent une analogie absolue avec les sifflantes dures quant à leur articulation.

Toutes les dispositions buccales propres à l'articulation parfaite des sifflantes dures s'appliquent absolument à elles. La seule différence existant entre les unes et les autres, c'est que l'intervention de la sonorité vocale n'existe pas pour articuler les sifflantes dures, alors qu'elle est indispensable pour articuler les zézayantes. La transformation d'une sifflante en une zézayante est immédiate, grâce à cette intervention, et si, articulant le mot basse, on fait vibrer le larynx pendant l'articulation des consonnes ss, on obtient base (prononcer baze), soit deux mots de signification différente grâce à cette intervention.

Tandis que presque toutes les consonnes et voyelles sont produites parfaitement à voix chuchotée, c'est-à-dire sans intervention de sonorité vocale, il apparaît *que cette sonorité est indispensable, même à voix chuchotée*. Pour dire par exemple de façon correcte : « zouave, zèbre, base, dixième », sinon on articulerait : « çouafe, cèbre, bace, dicième ». Cette particularité s'applique également aux consonnes V, G, J; ainsi que dans une certaine mesure à B et D, qui deviendraient sans cela F, Ch, Pet T.

Je pense qu'il est superflu de donner à nouveau des explications d'articulation identiques à celles concernant les sifflantes dures, il suffit de s'y reporter et d'en faire l'application dans l'étude des zézayantes, en se souvenant que l'intervention sonore en ce cas est nécessaire.

On trouve la zézayante S dans le corps des mots : « Asie, hasard, mise, museau, oser, etc., que l'on pourrait écrire sans rien changer à l'effet phonétique en remplaçant l's par Z, soit : Azie, hazard, mize, muzeau, ozer, etc.

La consonne Z, sonorité type du groupe, se trouve dans les mots suivants : zibeline, zèle, zénith, Zacharië, azur, azote, etc.

Quant à la zézayante X, on ne la trouve qu'exceptionnellement dans quelques mots comme : « dixième, dixièmement, sixième, dix-huit, etc., que l'on prononce : dizième, dizièmement, sizième, diz huit, etc., et non : « dickcième, dickcièmement, sickcième, dicks-huit », ni : « dicième, dicièmement, sicième, diss-huit, etc.,

Un défaut d'articulation propre à ces consonnes et que l'on rencontre parfois chez des enfants ou des femmes, plus rarement chez des hommes, consiste à les transformer en sifflantes dures, ce qui fait dire : « un çouave, pour : « un zouave », etc.,

Chez des étrangers, principalement chez les Allemands, cette substitution est fort fréquente et très caractéristique.

Si la langue allemande ne possédait pas de zézayante équivalente de Z français, leur erreur s'expliquerait dans une certaine mesure. Mais ils possèdent une zézayante parfaite, leur consonne S qui se trouve dans les mots : « Sommer, Sonne, sehen, sūchen, süß, senden, Hase, ūnser, Wiese, Weise », que pour la compréhension de l'effet phonétique parfait à l'usage des français ignorant la langue allemande, on pourrait écrire ainsi : zommer, zonne, zehen, zūchen, züss, zenden, Haze, unzer, Wieze, Weize.

La zézayante type française Z n'est pas une zézayante en allemand. Dans cette langue, elle correspond à la consonne combinée française Ts ou Tc, elle est par conséquent une Palato-Linguale antérieure à détente double qu'en français on trouve dans le mot Tsar. Ainsi lorsque les Allemands écrivent : « Zehn, Zahn, Zimmer », un Français doit prononcer : « Tcén, Tcan, et la bière Zimmer devient la bière Tcimmer.

On voit par ainsi qu'il n'existe nulle analogie entre la consonne Z française et la consonne Z allemande. Non seulement cette dernière est composée de deux consonnes se succédant rapidement dans l'articulation, mais encore le larynx ne contribue pas à cette articulation par sa vibration sonore. C'est de là que vient surtout la difficulté pour les Allemands de bien articuler la consonne Z française dont la caractéristique est précisément la vibration laryngienne, ainsi que je viens de le dire.

Si les Allemands voulaient bien se souvenir que la consonne Z française équivaut comme effet phonétique à la consonne zézayante S allemande et non à la consonne S sifflante dure ou C sifflante dure, ils prononceraient sans nul doute correctement : « zézayer, Zanzibar, etc., tout comme le premier français venu, et non : « céçayer, çancibar », ainsi qu'ils le font la plupart du temps. Maintes épreuves en ce sens m'ont toujours donné raison.

(A suivre).

XII. — CORRESPONDANCE

RÉPONSE AU D^r GUILLEMIN

Mon cher confrère,

A. — Ne croyez pas un seul instant que « le fait de la double conduction, par les parties solides et les parties aériennes de la conque, admis à peu près unanimement », ne le soit pas par moi. Je n'ai jamais rejeté l'idée de la *conduction* sonore à travers les milieux auriculaires, gazeux, liquides et solides. J'ai écrit bien des fois que l'ébranlement sonore entraît par une oreille..., et sortait par l'autre, après s'être livré à toutes les variations de vitesse, de direction, de réflexion, etc., que comportait chacun de ces milieux et chacun de leurs points.

Aucune des parties de l'oreille ne peut se soustraire aux nécessités physiques et l'ébranlement conduit en passe par où il faut en passer quand on circule dans un milieu quelconque. J'admets donc la transmission aérienne, liquidienne et solidienne de l'ébranlement dans les milieux auriculaires, comme j'admets la conduction de la chaleur à travers les différentes pièces d'une machine à vapeur; mais ce que je n'admets pas, c'est que l'oreille, comme la machine, ne soit faite que pour ce genre de conduction, sonore ou thermique. C'est en quoi ma théorie, encore peu connue d'ailleurs, bien que vieille déjà, s'écarte des données de l'acoustique classique, que vous pourchassiez dans votre théorie de la production vocale du son, tandis que je la chargeais de mon côté dans ma théorie de sa perception par l'oreille.

Pendant que tous cherchaient à l'envi à faire de l'oreille un *résonnateur*, c'est-à-dire un appareil accordé, présentant en ses diverses parties, selon chaque hypothèse, un assortiment complet de susceptibilités vibratoires, je renonçais, il y a dix ans, à la conception acoustique, à la théorie de la conduction sonore appréciée sensoriellement, pour voir dans l'oreille de l'homme, et dans ses ancêtres de la série, un *enregistreur* ouvert à toutes les formes de la variation de pression. Pour moi, l'ébranlement sonore n'intéresse l'oreille que parce qu'il est une *variation de pression*. L'idéal du résonnateur est d'être accordé, et le meilleur résonnateur sera celui qui vibrera le plus longtemps, une fois qu'il en aura trouvé le prétexte. L'idéal de l'enregistreur est de n'être accordé à aucune périodicité, d'être ouvert à toutes, et

de perdre le branle aussi facilement qu'il le prend. L'organe qui paraissait à tous une lyre merveilleuse aux milliers de cordes, n'était pour moi qu'un bon manomètre, un bon baromètre enregistreur, se pliant aux plus minuscules variations et à leurs formes les plus ténues.

Je n'ai donc discuté votre hypothèse qu'au point de vue classique, et non au mien, puisque pour moi la conduction sonore dans l'oreille est sans rapport aucun avec le phénomène de l'audition. Je pourrais même pousser cette hypothèse plus loin que vous ne l'avez fait vous-même, en la transportant dans le royaume des tympansmembraneux de l'oreille interne, des canaux limacéens, des piliers, des fibres, des membranes ciliaires, etc. Il est entendu d'avance que, suivant la nature du milieu organique qu'il traverse, l'ébranlement est *conduit* d'une certaine façon, qui varie avec le milieu. Tout ce que vous observez donc des différences possibles de vitesse, de conduction, selon le milieu parcouru, selon la voie choisie, est rigoureusement exact; et si ces différences d'allures, et les différences de phases et bien d'autres différences ne troublent pas l'audition, c'est, à mon avis, une preuve de plus que l'audition n'a rien à faire avec la conduction et ses multiples adaptations au milieu. C'est à votre point de vue que je me plaçais dans mes objections, car dans mon hypothèse, l'écoulement sonore se fait dans l'oreille sans plus dominer sa physiologie que l'écoulement calorique qui se répand dans la machine ne domine la mise en marche de la roue. Nous pourrions, bien inutilement, reprendre toute la discussion de Helmholtz sur l'effet des différences de phase que cela ne me ferait pas sortir de la position que j'ai donnée à la question : *la conduction sonore dans les milieux auriculaires n'est pas plus la cause immédiate de l'audition que la conduction thermique dans les milieux mécaniques n'est la cause immédiate de la rotation de la roue*. Dans les deux machines, c'est la *pression*, née sans aucun doute des phénomènes de conduction et d'absorption, qui est l'agent principal, réel, l'agent moteur et physiologique.

Vous prétendez que « cette double conduction, la solidienne et l'aérienne, est avantageuse ». Pour moi, cette centuple conduction est indifférente, elle rend l'oreille sonore, elle la traverse, — elle ne la fait pas plus entendre que l'échauffement de la roue ne fait marcher le train.

Vous voudrez bien me concéder que mon hypothèse de l'*ébranlement*, *variation de pression* est aussi plausible que toute autre. Elle n'est d'ailleurs pas de moi, et l'on n'a jamais pu concevoir un ébranlement autrement que comme une variation de pression en

chacun des points parcourus successivement par l'onde. Deux molécules quelconques, à moins de se trouver à une juste longueur d'onde l'une de l'autre, sont à chaque moment en train de se rapprocher ou de s'éloigner l'une de l'autre; l'espacement intermoléculaire du milieu ébranlé varie et, par conséquent, à chaque point, à chaque instant, il y a une variation de pression. Le phénomène existe: songez un moment à y adapter un appareil sensoriel, et la physiologie de l'oreille-enregistreur vous apparaîtra aussitôt.

La notion d'avertissement physiologique, que vous introduisez le premier dans cette étude, ne me semble pas indispensable, car la mise en branle de la machine auriculaire ne diffère pas des autres mises en branle. Le piston de la machine à vapeur ne se meut que quand il subit une pression suffisante; il obéit dès qu'il le faut, sans que rien ne l'avertisse qu'il va avoir à reculer sous la poussée qui se prépare. De même la mise en branle des milieux auriculaires est passive, elle se produit quand, sur le passage de l'ébranlement moléculaire, certaines conditions d'oscillation totale se trouvent assez puissamment réalisées. Mais ceci est dans ma théorie, et nullement dans notre discussion, bien que le mot *mise en branle* implique en effet le *retard*, l'*établissement du son* dans l'oreille dont vous parlez, et qui se trouve très à son aise dans une théorie.

B. — A l'état de veille, le tympan est tendu, ne fût-ce que par la *tonicité* de sa musculature. Quand le sommeil nous gagne, la tonicité du regard se perd, et celle de l'audition aussi; et c'est précisément cet abandon de la vigilance tympanique, qui nous fait *tourner* de l'oreille comme on tourne de l'œil, qui nous procure cette sensation vertigineuse de chute, d'effondrement qui nous fait parfois sursauter avant d'entrer dans le sommeil complet. L'état de veille comporte cette vigilance, cette activité de notre musculature, et tant que nous ne sommes pas dans la résolution totale, tous nos muscles sont tendus sans être d'ailleurs autrement fatigués. Les membranes du tympan et des fenêtres labyrinthiques ne se déforment pas plus par l'effet de cette tension que le cristallin ne souffre de l'action de ses muscles, lesquels sont toujours en activité, ainsi qu'une foule d'autres muscles, tant que nous ne dormons pas; et même pendant le sommeil, certains muscles veillent, car notre cœur et nos poumons battent toute la nuit.

Notez encore que tous les auristes admettent la *tonicité* du tympan, et l'éclairage de la membrane la prouve par la formation du triangle lumineux caractéristique. Il n'est pas *tendu* par la

pression de l'air conduit, parce que l'ouverture périodique de la trompe d'Eustache, à l'état sain, permet à la pression atmosphérique de venir, dans la caisse, se faire équilibre à elle-même. Tous les ascensionnistes savent combien il leur est nécessaire de rétablir fréquemment cet équilibre pneumatique, et combien ce défaut d'équilibre produit vite l'oppression labyrinthique, le bourdonnement, le mal des hauteurs, etc.

C. — Je ne méconnaiss nullement l'utilité du tympan et des osselets, et je ne pense pas qu'aucune théorie les ait plus exploités que la mienne. Il n'y a aucun danger que les liquides labyrinthiques, soumis à une pression trop forte de cause extra-tympanique, « suintent à travers leurs parois », comme dans la fameuse boule d'or, pour la raison que les voies émissaires ne lui manquent pas par les aqueducs du limaçon et du vestibule, et d'autres encore vers les grandes cavités endo-craniennes; d'autre part la tension du tympan, en le rapprochant du labyrinthe, protège mal à elle seule le labyrinthe et le nerf auditif contre les ondes trop violentes, et si l'on pouvait admettre que, grâce aux ondes avertisseuses, une action frénatrice puisse ainsi s'interposer, c'est à l'étrier et non au tympan qu'il faudrait songer. L'expérience montre d'ailleurs que l'appareil tympanique est toujours surpris par une commotion, et qu'il ne se contracte qu'après, diminuant d'ailleurs alors l'audition, indépendamment de la contusion des papilles nerveuses.

D. — Je n'ai pas dit qu'une membrane non tendue ne conduisait pas : tout conduit, mais que c'était un pauvre intermédiaire, entre l'air vibrant du conduit et sa coque rigide dans votre hypothèse. Et je le pense malgré la corde de Tyndall, parce que je crois qu'on tend les membranes réceptrices d'ébranlement, que les membranes des tambours de Kœnig, de Marey, des phonographes, les plaques du téléphone n'ont rien de la flaccidité d'une corde suspendue par un bout. Une membrane trop tendue conduit mal, c'est vrai; une membrane non tendue conduit mal aussi; la vertu conductrice se tient en un juste milieu.

E. — J'enregistre la vibration, même *très légère*, de l'air de la caisse. Mais supposons, dans un tambour de Kœnig, la chambre à gaz beaucoup plus grande que l'autre, y aura-t-il une déperdition si considérable de l'ébranlement qui doit agiter la petite flamme manométrique? D'ailleurs ce point est sans intérêt pour votre théorie.

F. — Ne pensez pas qu'une oreille scléreuse, bonne conductrice, ne soit pas un bon *récepteur* de l'ébranlement sonore. Quand

on écoute, par le tube otoscopique placé dans l'oreille gauche d'un sujet, le son qui lui est amené par un autre tube placé dans son oreille droite, on entend ce son assez bien, souvent mieux que lui s'il est scléreux, et d'autant mieux qu'il est plus scléreux. L'expérience est courante. Ce son est *mieux reçu et mieux transmis* par une oreille scléreusée, mais il est *moins entendu* par elle. L'oreille raidie se prête mal à la mise en oscillation molaire, — et à l'audition —, elle se prête d'autant mieux à la réception et à la conduction acoustiques.

J'ai beaucoup écrit sur le rôle de la trompe d'Eustache, et je la crois fort utile, cela ne fait pas doute. Les auristes tiennent autant peut-être à l'intégrité de son fonctionnement qu'à celui du conduit, et en tout cas du pavillon. Je pense que ma théorie est peu connue; comme elle a poussé dans un terrain peu fréquenté, elle a pu grandir sans attirer l'attention, ce qui est toujours excellent pour une théorie. Je serais très flatté et heureux de la voir discutée par vous dont j'ai toujours tant apprécié la force critique. Nous sommes trop souvent tombés d'accord dans la partie négative, anti-classique, de notre recherche pour ne pas nous rencontrer dans sa partie positive, bien que jusqu'ici nous n'ayions pas saisi le problème par le même bout. Mais j'ajoute à regret, en relisant cette dernière phrase, que nous différons absolument sur le point fondamental de notre théorie: je n'admets nullement que le tympan serve à transporter sur le rocher toute l'énergie des ondes aériennes qu'il reçoit du conduit auditif. Les ondes qui vont du tympan à son cadre rigide sont aussi bien perdues pour l'audition que celles qui vont de la plaque du téléphone à son cadre. C'est le milieu de la plaque qui résume la collection vibratoire, et c'est soit le style, soit le marteau qui est l'appareil transmetteur utile. La masse solide du rocher est aussi inutile à l'audition que la boîte du récepteur téléphonique, la petite mécanique libre et suspendue que contiennent ces coques rigides et massives, est l'organe noble de la transmission.

Pierre BONNIER (de Paris).

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — PUBLICATIONS DE LANGUE FRANÇAISE SUR LA LARYNGOLOGIE EN 1904

(Suite).

Par **Georges DIDSBUY** (de Paris).

CHIRURGIE. — DIVERS.

COLLINET. Rétrécissement ancien du larynx (*Bull. de Laryngologie*, 30 décembre 1903). — Analysé dans *Archives internationales*, n° 2, mars-avril 1904, p. 682.

ESCAT Trachéotomie d'urgence chez l'adulte. — Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (*Archives médic. de Toulouse*, 15 avril 1904).

Cette opération est indiquée dans l'asphyxie progressive ou subite du cancer, de la tuberculose, de la syphilis, des paralysies du larynx, tandis que, dans ces cas, le tubage n'est pas indiqué.

Ils'agit d'une opération d'urgence, bien entendu qui se pratique en deux temps, sans anesthésie, sans découverte large du champ opératoire, etc... Les instruments nécessaires sont (en plus des instruments habituels, bistouri, dilatateur, pinces) deux canules trachéales de Krishaber munies de leur mandrin : ces canules sont longues et grosses. On doit avoir une canule garnie d'une bande de gaze aseptique pour pouvoir constituer en cas d'hémorragie une canule-tampon. Une incision verticale sur la saillie du cricoïde de 2 centimètres au plus suffit ; la membrane intercrico-thyroïdienne est ponctionnée, puis lâchant le bistouri et maintenant un doigt sur l'ouverture du larynx pour empêcher le sang d'y pénétrer, l'opérateur introduit la canule munie de son mandrin et le malade est rapidement assis sur son séant. L'opération ne dure pas plus d'une minute. En cas d'hémorragie venant de la muqueuse au larynx employer la canule munie de bandes de gaze.

Prof. FERRERI (G.). Thérapeutique des sténoses laryngo-trachéales chroniques. (*Archiv. internationales de laryngologie*, n° 3, mai-juin 1904).

Dans ce très important travail, l'auteur expose les difficultés d'un traitement long qui exige du praticien comme du patient une patience sans bornes. Les procédés de l'École de Rome ayant été jusqu'à présent insuffisamment connus, il a semblé à l'auteur utile d'en faire une revue générale, surtout après le rapport de Collinet à la Société

française d'otologie et de laryngologie où les travaux de l'École de Rome n'avaient pas été mentionnés. Voici la pratique très résumée de l'auteur : après s'être assuré qu'aucun processus n'est en évolution, et après la rupture de brides et adhérences de tissus fibreux, il emploie deux écarteurs spéciaux qui s'emploient de bas en haut après trachéotomie (voie rétrograde). Ce sont des pinces dilatatrices dont l'une a des surfaces externes dures qui rendent de grands services pour l'abrasion des adhérences et fausses membranes. L'auteur use beaucoup de prudence dans le choix et l'accroissement du diamètre quand il emploie les canules de Schroetter ainsi que dans la répétition et la prolongation des séances : il a l'habitude de faire suivre la dilatation par le tubage, surtout en induisant le tube d'O'Dwyer d'une couche de gélatine médicamenteuse (xéroforme, adrénaline).

Les résultats de la dilatation sont nuls et même néfastes dans les sténoses syphilitiques pour lesquels la trachéotomie est recommandée. Il ne faut pas tenter de dilater les sténoses par les voies naturelles en se servant de dilateurs métalliques à plusieurs branches, leur défaut principal étant de traumatiser certains points. Lorsqu'on tient absolument à tenter la dilatation par les voies naturelles, il faut accorder la préférence aux canules de Schroetter ou bien aux cathéters en étain de Béniqué ou de Boulay. L'auteur donne la préférence à la dilatation par la voie rétrograde après trachéotomie préalable et, au moyen d'une canule appropriée, il fait passer par le larynx et de bas en haut une série de tampons d'ouate imprégnés d'une solution faible d'adrénaline attachés tous au même fil en queue de cerf-volant et successivement d'un volume de plus en plus considérable. L'électrolyse comme la pratiquait de Rossi est également recommandable (après trachéotomie).

La laryngo-fissure ne sera employée que lorsque la dilatation, soit par les voies naturelles, soit de bas en haut aura échoué et après trachéotomie. L'auteur recommande de commencer par la trachéotomie avant toute dilatation, sauf dans les cas où la sténose est limitée au vestibule laryngien ; dans ces cas, la dilatation par la voie buccale peut donner des résultats. Dans les autres cas, il recommande la dilatation rétrograde.

La laryngo-fissure sera la ressource en cas d'échec au traitement endo-laryngien.

La laryngotomie totale sera tentée lorsque les cartilages seront attaqués par le processus cicatriciel sténosant et avant de recourir à la laryngectomie totale, il faut tenter la laryngectomie partielle à laquelle on peut remédier par la méthode prothétique de Rossi.

GAREL (de Lyon). Laryngocèle ventriculaire (*Lyon médical*, 28 janvier 1904). — Analysé in *Arch. intern.*, n° 3, p. 1012, mai-juin 1904.

MARFAN, Sur une indication de la trachéotomie dans le croup (*Société de Pédiatrie*, 17 novembre 1903). — Analysé dans *Arch. internat.*, mars-avril 1904, p. 684.

MOURE (E. J.). Traité élémentaire des maladies de la gorge, du pha-

rynx et du larynx. — Analysé in *Archives internationales de laryngologie et de rhinol.*, n° 4, juillet-août 1904, p. 311 à 325.

TUBERCULOSE.

CHAVASSE. Tuberculose laryngée. Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne d'urgence. Thyrotomie ultérieure avec résection d'une corde vocale. Survie de dix-huit mois (*Archiv. internation.*, n° 4, juillet-août 1904).

Le nombre restreint de thyrotomies pour tuberculose laryngée rend ce cas des plus intéressants et par le résultat satisfaisant qui a été obtenu et par la nécessité d'établir le bilan définitif de l'opération et en poser les indications précises.

GAUDIER (de Lille). De la trachéotomie au cours de la tuberculose du larynx (*Ann. des maladies de l'oreille* (juillet 1904).

L'auteur rapporte plusieurs cas de trachéotomie au cours de la tuberculose du larynx déterminée par des accidents de dyspnée pour les premiers cas rapportés : il y eut un soulagement inespéré et un mieux dans l'état du malade conduisant celui-ci à une survie tout à fait remarquable.

Dans une observation plus intéressante, car la trachéotomie fut pratiquée au début des lésions pulmonaires pour une tuberculose laryngée primitive, le malade souffrait d'une dysphagie des plus pénibles. La trachéotomie basse lui permit au bout de quelque temps de patience de s'alimenter et même de se suralimenter. Revu un an plus tard, l'alimentation se faisait toujours bien et l'état du poumon était satisfaisant. Une autre trachéotomie donna des résultats comparables dans un cas analogue.

La trachéotomie donne un repos qui est des plus utiles au larynx ; ce point est incontestable, malheureusement, l'état du poumon amène souvent la fin d'un malade chez qui existait un soupçon de tendance à la guérison d'une lésion laryngée.

Prof. MERMOD (de Lausanne). Du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, en particulier par la galvano-cautérisation. *Archiv. intern. de laryngol.*, septembre-octobre 1904, n° 5).

Pour l'auteur, la tuberculose du larynx est curable dans nombre respectable de cas à condition de diriger sur le larynx un traitement local chirurgical. L'électrolyse a donné d'excellents résultats. En revanche le curettage n'a pas les sympathies de l'auteur et dans l'ablation à la pince tranchante il redoute l'hémorragie. Son procédé de choix est donc le galvano-cautère qu'il choisit gainé d'ébonite. La lame du cautère est large de 2 à 3 millimètres, ou terminée en boule. La masse de platine doit être suffisante pour donner une chaleur capable de triompher de la résistance des tissus, les cautères trop minces s'éteignant aussitôt. Il faut cautériser surtout en profondeur et détruire le plus de tissu possible : il s'agit en fin de compte d'une méthode sclérozène. Une bonne anesthésie à la cocaïne est de

rigueur : il est bon, vingt minutes avant la cocaïnisation, de pratiquer une injection d'un centigramme de morphine. Avant de commencer l'intervention, il est bon de marquer l'endroit à cautériser avec le mélange de Bonain qui rend très apparent le relief du tissu par la teinte blanche qu'il donne.

Un gros obstacle à ce traitement peut venir de l'épiglotte que l'auteur relève avec un instrument qui lui est propre.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Affections névropathiques.

BROECKAERT. Deux cas de paralysie récurrentielle. Recherches histologiques et macroscopiques (*Société de laryng., d'otol. et de rhin. de Paris*. Compte rendu dans *Archiv. internationales*, n° 2, mai-juin 1904, p. 575).

GRASSET. Un cas de voix eunuchoïde datant de l'ictus dans l'hémiplégie cérébrale (paralysie centrale du crico-thyroïdien) (*Revue française de médecine et de chirurgie*, 26 octobre 1903). — Analysé dans *Archiv. internat.*, n° 1, janvier-février 1904, p. 337.

HAU (Victor). Anévrysmes latents de l'aorte (*Thèse de Lyon*, 1903). — Analysé in *Archiv. internat.*, n° 2, mars-avril 1904, p. 638 à 648.

J. LÉPINE (de Lyon). Accidents laryngés tabétiques sans lésions bulbaires (*Société de biologie*, 21 nov. 1903). — Analysé in *Archiv. internat.*, n° 1, janv.-février 1904, p. 309.

MOLINIÉ. Paralysie laryngée par lésion intra-cranienne (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 11 juillet 1903, p. 33).

L'auteur rapporte l'observation de troubles laryngés pris avant l'examen pour de la tuberculose locale et qui au miroir étaient causés par une double paralysie complète des cordes vocales immobilisées en abduction, sans aucune altération locale. Le diagnostic évolue vers l'hypothèse de lésion centrale d'autant plus que les paralysies des nerfs auditif, facial, moteur oculaire externe s'accroissent avec la fin de la maladie : de plus il existe l'abolition des réflexes rotuliens, et la difficulté de la démarche. Malgré le traitement spécifique, la mort survient. L'existence d'un néoplasme intra-cranien semble indubitable. L'examen au miroir laryngoscopique peut donc faire poser un diagnostic de tumeur intra-cranienne, parce que s'il s'agissait de l'écorce cérébrale il n'y aurait de paralysie que d'une corde. *Conclusion*. — Toute paralysie des deux cordes vocales atteignant la phonation et la respiration doit à elle seule mettre le diagnostic sur la voie d'une altération bulbaire soit primitive, soit secondaire à une lésion du voisinage.

MASSIER. Mort subite dans un cas de tuberculose laryngée à lésions minimes, par spasme glottique (*Archiv. de laryng.*, sept.-oct. 1904).

Intéressante observation qui conduit l'auteur à des déductions et à des hypothèses ingénieuses.

L. REVOL. Un cas de paralysie récurrentielle bilatérale par ectasie aortique (*Ann. des malad. de l'oreille*, fév. 1904).

Il s'agit d'une intéressante observation d'un cas très rare, un malade présentant le tableau complet de la paralysie bilatérale des récurrents ; il y avait chez lui la triade fonctionnelle consistant en aphonie, absence de dyspnée et coulage de l'air phonatoire : l'examen laryngoscopique affirmait du reste l'existence de la double paralysie. Celle-ci, comme toujours, s'est faite d'une façon brusque et en deux temps puisqu'il n'y eut pas de suffocation qui n'aurait pas manqué de se produire si les deux cordes s'étaient trouvées simultanément en fonction médiane. La radioscopie seule permit de faire le diagnostic de la cause, un anévrysme de la crosse de l'aorte qui occupait la portion ascendante et la portion horizontale de la crosse. Bien que l'autopsie du malade ne fut pas faite il fut bien avéré qu'il mourut brusquement au milieu d'une nuit, après une très violente quinte de toux et en rejetant un litre de sang environ.

LARYNGITES

DELSAUX. Éversion du prolapsus du ventricule de Morgagni (*Société belge d'otol. et de laryngol.*, 11 et 12 juin 1904).

Présentation du sujet opéré et guéri. Le prolapsus serait la hernie de la muqueuse à travers la fente ventriculaire, et l'éversion de la hernie par la paroi latérale du larynx.

HALBRON. Laryngo-typhus (*Archiv. de laryng.*, 30 juin 1904).

Dans un cas grave de fièvre typhoïde on fut contraint de pratiquer la trachéotomie pour des accès d'oppression avec tirage sus-sternal et cornage survenus subitement ; dix jours plus tard, ponction pour épanchement pleural droit qui ne ramène que du sang. L'examen laryngoscopique montre l'existence d'une laryngite ulcéreuse : le malade vit encore dix jours. *Autopsie du larynx* : Les replis aryéno-épiglottiques sont très volumineux, œdématiés ; suppuration ayant détruit les cartilages aryénoïdes et la partie postérieure du cartilage cricoïde. Epiglote épaissie non ulcérée. Cordes vocales épaissies. Il y avait de la gangrène pulmonaire.

Professeur PICOT. Sur un cas de laryngo-typhus (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 28 février 1904).

Dans un cas de fièvre typhoïde arrivé au trentième jour environ, apparurent des complications laryngées. Le diagnostic fut confirmé par la diazo-réaction d'Ehrlich et par le séro-diagnostic. La maladie du larynx débuta par de la dysphagie et de l'affaiblissement de la voix ; de plus, de la dyspnée se montra, puis il y eut du tirage et cornage à tel point que l'asphyxie devenant menaçante, la trachéotomie fut pratiquée et amena un soulagement immédiat mais de courte durée ; le malade succomba vingt-quatre heures après. L'autopsie du

larynx fit voir les résultats suivants : congestion des replis épiglottiques gonflés et noirâtres. Teinte noirâtre de toute la muqueuse et particulièrement de la muqueuse intéryténoidienne. Infiltration d'un liquide noir et fétide du tissu cellulaire péri-laryngé : muscles laryngés transformés en une bouillie noirâtre et fétide au milieu de laquelle apparaissent les cartilages aryténoïdes dépourvus de leur périchondre et nageant au milieu d'un tissu sphacelé. Il semble que dans ce cas la lésion ait débuté par le périchondre. La fièvre typhoïde avait été d'intensité moyenne.

RUAULT. Rapport sur les formes cliniques et le traitement des laryngites chroniques non spécifiques (*Société française de laryngol., d'otol. et de rhinol.* de Paris, 2 mai 1904). — Analysé dans *Archiv. internat.* Supplément au n° 4, juillet-août 1904.

VEILLARD. Laryngite aiguë ulcéreuse due au bacille fusiforme de Vincent (*Arch. internat. de laryngol.*, n° 1, janvier-février 1904).

L'observation de Veillard est intéressante à plusieurs points de vue : 1° Les ulcérations de la muqueuse laryngée au cours des phlegmasies aiguës de cet organe ne sont pas communes ; 2° la présence dans l'exsudat recouvrant ces ulcérations des bacilles fusiformes de Vincent est peut-être signalée pour la première fois. Le malade présentant le syndrome des abcès du larynx : dysphagie douloureuse, accès de suffocation, fièvre, état général grave, tous ces symptômes atteignant leur apogée au bout de quelques heures. Dans la seconde phase de la maladie, apparition de deux ulcérations qui persistent vingt-sept jours. L'examen bactériologique a été pratiqué une seule fois le huitième jour.

Syphilis.

COLLET. Plaques muqueuses du larynx (*Société des sciences médicales de Lyon*, 28 oct. 1903). — Analysé in *Arch. internat.*, n° 1, janvier-février 1904, p. 309.

CHAUFFARD et P. VIOLLET. La syphilis laryngée. Leçon de clinique médicale à l'hôpital Cochin (*Gazette des hôpitaux*, 1904, 9 juin).

CHAUFFARD. Syphilis laryngée et tabès (*Journal de médecine interne*, Paris, 1904, p. 65-67).

CHAUFFARD. La syphilis tertiaire du larynx (*Journal des praticiens*, 27 fév. 1904. Clinique de l'hôpital Cochin).

Marcel LERMOYEZ. Syphilome sous-glottique. *Annales des maladies de l'oreille*, février 1904, p. 143.

Il s'agit du cas d'un homme de quarante ans qui avait depuis plusieurs mois une voix fort enrouée. En dépit d'un traitement thermal, l'amélioration ne se fit pas et au contraire du cornage et des crises de suffocation vinrent s'ajouter à l'enrouement. Ces symptômes étaient expliqués par l'existence d'une infiltration sous-glottique. La sous-

glotte était réduite à une courte et étroite fente antéro-postérieure ; pas d'ulcérations, pas de fongosités. Bien que la syphilis fût obstinément niée, quelques piqûres d'huile grise firent merveille. L'effet de la première piqûre avait été de rendre immédiatement la respiration. Au bout de six semaines, grande amélioration, sur les côtés il y avait encore deux petites bandes sous-glottiques peu saillantes, dépassant un peu en dedans le bord des cordes pendant la respiration profonde, mais l'infiltration postérieure avait disparu. Les cordes semblaient se mouvoir sans difficultés. Un mois après le larynx était absolument normal. Après cette guérison radicale et rapide le malade se rappela avoir eu, vers l'âge de dix-sept ans, une érosion indolente de la verge !

SABATIER. L'érysipèle primitif phlegmoneux du larynx (*Archives générales de méd.*, 21 juin 1904). — Analysé dans *Arch. internat.*, sept.-oct. 1904, n° 5, p. 721.

SCHIFFERS. Larynx d'enfant (*Ann. des maladies de l'oreille*, XIX, 2^e semestre). Histoire clinique d'un enfant tubé et mort de broncho-pneumonie foudroyante.

VILLARD. Un cas de diphtérie laryngée apyrétique (*Soc. méd. chir. des Hôpitaux de Nantes*, 24 déc. 1903). — Analysé in *Arch. internat.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1008.

CHAUVEAU. Stridor laryngé congénital (*Arch. internat.*, n° 1, janv.-fév. 1904, p. 208).

Pierre MATHIEU. (Du stridor laryngé congénital ou cornage vestibulaire congénital. (*Thèse de Nancy*, 1903).

Il n'y a que trois observations de stridor laryngé congénital suivies d'autopsie. Les débuts du stridor qui a lieu en général à la naissance peut parfois passer inaperçu, si l'enfant dort beaucoup les premiers jours et alors le cornage n'apparaît qu'au bout de quelques jours. Le cornage se caractérise à l'inspiration par un bruit sourd, devenant plus aigu, pour finir par un son musical et a nettement son siège à l'entrée du larynx et non dans le pharynx. On pourrait être trompé par la présence simultanée de végétations adénoïdes.

La cause du cornage est une malformation congénitale du vestibule laryngé due à un arrêt du développement du larynx, comme le prouvent les autopsies. Tantôt l'épiglotte est enroulée simplement, tantôt la lésion est plus accentuée et les bords de l'épiglotte, ainsi que les replis aryténo-épiglottiques, se touchent sur la ligne médiane, ne laissant entre eux qu'une fente étroite ou qu'un orifice très réduit.

L'affection est en général bénigne comme le prouve le petit nombre d'autopsies. Les accidents de cornage diminuent à fur et à mesure que le larynx se développe et que ses parois deviennent rigides : en général ces phénomènes cessent au bout de la deuxième année.

DEGUY et DETOT. L'œdème laryngé sus-glottique, infectieux et suffocant (*Arch. internat. de laryngol.*, n° 4, juillet-août 1904).

Cette observation concerne un enfant de dix-neuf mois qui a succombé à un œdème primitif de la région sous-glottique survenu sans cause évidente, que le tubage n'a pu améliorer et auquel la trachéotomie n'a apporté qu'une amélioration temporaire. Le diagnostic d'œdème de la glotte ne s'imposait pas d'emblée, le diagnostic de croup avait été porté; mais la conservation complète de la voix, l'absence de rauçité de la toux, l'absence d'angine, ce fait que la dyspnée était purement inspiratoire permettaient d'éliminer le diagnostic de croup. L'examen bactériologique montra l'absence de bacille de Lœffer.

Le tubage n'a pas suffi à faire respirer l'enfant, il est probable que les replis œdématiés de l'orifice du larynx recouvraient l'orifice du tube à chaque inspiration et l'obstruaient. Malgré la trachéotomie, l'enfant finit par succomber à une septicémie d'origine staphylococcique très probablement.

BOULAI (de Rennes). Herpès zostériforme primitif du larynx (*Arch. internat.*, n° 4, juillet-août 1904, p. 149).

Après la remarquable observation d'un cas fort rare, l'auteur émet les réflexions suivantes: que, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans l'herpès du larynx, il ne s'est jamais produit ni œdème, ni infiltration, aucune gêne respiratoire, ni douleur à la déglutition; que le phénomène douleur a été très atténué, que l'évolution s'est faite avec une grande rapidité; au dixième jour tout était rentré dans l'ordre; qu'aucune autre vésicule d'herpès n'a été signalée sur quelque partie du corps que ce soit et que, enfin, l'examen bactériologique n'a montré que les habitants habituels des voies respiratoires supérieures. Les conclusions sont que l'éruption était d'origine herpétique, qu'elle a été localisée au larynx seul et que sa disposition très particulière permet de la rapprocher de celle des zonas.

THÉRAPEUTIQUE

A. BÉCLÈRE et P. VIOLLET. Un cas de néoplasme du larynx, traité avec succès par les rayons de Rœngten (*Congr. de la Soc. franç. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 2 mai 1904, et *Arch. internat.*, supplément au n° 4, juillet-août 1904).

Le diagnostic de cancer avait été porté cliniquement mais non pas vérifié histologiquement. L'état général était très mauvais, la dysphagie très prononcée; le malade avait refusé toute opération. Il fut soumis à une soixantaine de séances. L'instrumentation était la suivante: bobine d'induction de 35 centimètres courant primaire 6 ampères et 70 volts, ampoules à osmo-régulateur de Villard, étincelle équivalente mesurée au spintermètre, 7 centimètres. La durée des séances était de quinze minutes, puis de dix minutes dans une dernière période.

Le résultat fut excellent à tous les points de vue. Ce cas se

rapproche de celui de Sheppegrell qui fut traité avec le même succès.

DELSAUX. Cancer du larynx traité par la radiumthérapie (*Soc. belge d'otol. et de laryngol.*, 11 et 12 juin 1904).

Les couches superficielles de la tumeur sont atrophiées et cornées; il y a analogie dans le processus de régression avec ce qui se passe par l'emploi des rayons X.

E. ESCAT (de Toulouse). Emploi de l'adrénaline dans les anesthésies difficiles du larynx (*Arch. internat.*, n° 3, mai-juin 1904).

Il s'agit d'obtenir une anesthésie profonde préopératoire et non pas simplement une anesthésie légère pré-laryngoscopique. On sait déjà (Moure et Brindel) tout le bénéfice qu'on peut tirer de l'association de l'adrénaline et de la cocaïne pour le curettage du larynx.

Pour trois extractions de polypes dans des circonstances difficiles, l'auteur a pu apprécier le grand pouvoir adjuvant de l'adrénaline dans l'anesthésie cocaïnique du larynx.

Eugène FÉLIX. L'emploi de l'adrénaline dans les affections du larynx, du pharynx, du nez et de l'oreille (*Ann. des mal. de l'or.*, mars 1904).

Bien que l'adrénaline soit un produit encore nouveau, sa littérature est d'une grande richesse ainsi qu'en témoigne le très important article de M. E. Félix, et dans lequel il envisage successivement l'historique, la posologie, l'emploi et les résultats de ce merveilleux médicament.

Une très riche bibliographie sur l'adrénaline est annexée à cet intéressant travail.

LABARRE. Tumeur intrinsèque du larynx traitée par les badigeonnages à l'adrénaline préconisés par Mahu (*Soc. belge d'otol. et de laryngol.* 11 et 12 juin 1904).

Diagnostic clinique : épithélioma, pas d'examen microscopique, Guérison rapide.

M. Mahu fait observer à ce sujet que sa méthode est surtout palliative.

MASSIER. Cancer du larynx traité par les rayons Röntgen (*Revue hebdom. de laryngol.*, 5 mars 1904) Analysé in *Arch. intern.*, n° 3, mai-juin 1904, p. 1013).

MASSIER. Influence du climat méditerranéen français sur la tuberculose laryngée (*Bull. de laryngol.* 30 juin 1904).

Pour l'auteur, cette influence est salutaire dans certaines formes de tuberculose laryngée à condition que le malade soit surveillé.

Georges MAHU. Traitement d'épithéliomas ulcérés des voies aériennes supérieures, par des badigeonnages d'adrénaline (*Ann. des mal. de l'or.*, mars 1904).

Ce traitement local de certains épithéliomas ulcérés a donné

dans les mains de M. Mahu des résultats absolument remarquables surtout en ce qui concerne les hémorragies à la suite de minutieux badigeonnages pratiqués avec une solution d'adrénaline à 1/1000. Après la relation de plusieurs cas également heureux, l'auteur déclare qu'il pense, en résumé, qu'il ne faut pas demander à ce traitement autre chose que ce qu'il peut donner.

Il ne guérit pas le cancer, mais il arrête les hémorragies cancéreuses et il atténue, dans une certaine mesure, les symptômes extérieurs de ces affections si difficiles à soigner.

RAOULT (de Nancy). Note sur l'emploi de l'adrénaline dans les cas d'affections malignes de la gorge (*Soc. franç. de laryngol.*, 2 mai 1904). Mentionné dans *Arch. internat.*, supplément au n° 4, juillet 1904.

Paul VIOLLET. Un cas de papillomes récidivants des cordes vocales guéri par les vapeurs de formol et les cautérisations d'acide acétique (*Bull. et mém. de la Soc. paris. de laryngol.*, 11 décembre 1903).

Après de nombreuses extractions de papillomes récidivants au moyen de pinces coupantes et de serre-nœuds, et ayant vu la récurrence se produire malgré de très soigneuses cautérisations au thermocautère et à l'acide chromique, l'auteur prescrit des pulvérisations de solutions de formol à 1/2000 et même à 1/1000 quotidiennes ou espacées pendant un laps de temps de trois mois.

En même temps, des cautérisations à l'acide acétique pur cristallisé porté sur un tampon d'ouate furent renouvelées trois à quatre fois. L'auteur présente la malade avec un larynx absolument normal.

P. VIOLLET. Efficacité du traitement de la laryngite tuberculeuse. Emploi de médicaments nouveaux : anesthésine, adrénaline, bleu de méthylène (*Gazette des Hôpitaux*, 25 et 27 fév. 1904).

L'auteur insiste sur la nécessité d'avertir les praticiens qu'ils ne sont pas désarmés devant la laryngite tuberculeuse qui bénéficiera d'un traitement local en plus, bien entendu, d'un traitement général.

L'anesthésine unie à l'adrénaline sous forme de pastilles réussit dans la dysphagie. La cocaïne en badigeonnages, le bleu de méthylène sont recommandables.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

LÉON DELAIR. Larynx et glotte artificiels (*Ann. des mal. de l'or.*, sept. 1904, avec huit figures).

Après avoir rapporté et décrit les différents moyens pour faire parler les laryngectomisés, l'auteur décrit l'appareil qu'il a établi et qui diffère absolument des instruments déjà connus.

Cet appareil répond complètement aux exigences posées par le professeur Sebileau qui avait opéré le malade et qui étaient :

1° Faire parler le laryngectomisé, dont la bouche ne communiquait plus avec la trachée, sans faire de nouvelle opération.

2° Ne pas employer le larynx artificiel des types déjà connus.

3° Ne pas utiliser notamment l'appareil de Gluck, celui-ci ne pouvant être considéré comme définitif.

4° Imaginer un système permettant simultanément la déglutition et la phonation.

5° Faire un mécanisme pouvant fonctionner sans l'aide des mains, ni soufflerie.

L'opéré supporte son appareil avec facilité, il respire, il parle et déglutit de même. Il a été présenté à la Société de Chirurgie, le 19 juillet, par le professeur Sebileau et, par l'auteur, à l'Académie de médecine, le 26 juillet.

La stérilisation de cet appareil est des plus faciles ainsi que son adaptation.

FOURNIÉ. Releveur de l'épiglotte pour l'examen laryngoscopique (*Ann. des mal. du larynx*, août 1904).

Le releveur de l'épiglotte de Fournié est simple, et son principal intérêt est qu'il peut s'adapter au miroir laryngé et par conséquent être tenu en même temps que le miroir.

C'est un stylet boutonné monté sur une gaine munie de deux anneaux et qui peut glisser sur le manche lui-même du miroir. Ce stylet est réglable de façon qu'on peut relever l'épiglotte de la quantité nécessaire et sans y pratiquer ni trou, ni de serrage dans une pince.

Ces avantages permettent :

1° D'être un adjuvant d'examen.

2° D'être un adjuvant d'intervention.

MERMOD (de Lausanne). Releveur de l'épiglotte (*Ann. des mal. de l'or.*, sept. 1904).

Il s'agit d'une pince érigne aplatie légèrement recourbée en arc de cercle ; les mors terminés en dents de souris ont une largeur d'un centimètre qui aplatissent l'épiglotte en la redressant en avant contre la langue. Le ressort saisit l'épiglotte sans la blesser. A l'autre extrémité de l'érigne est un trou par lequel passe le fil de traction qu'on laisse pendu au dehors par la bouche et auquel pend un poids déterminé.

Une pince spéciale permet de placer l'érigne.

DIVERS

CASTEX. L'expertise médico-légale pour le larynx (*Bull. de laryngol.*, 30 juin 1904).

Après la relation détaillée de plusieurs observations, l'auteur conclut en ces termes :

Les traumatismes peuvent endommager soit l'appareil phonateur (poumons, larynx, résonnateurs, etc.) ou bien provoquer une neurasthénie, il faut faire la part dans l'appréciation juridique de l'usure professionnelle des cordes vocales. Quand l'infirmité est transitoire, le meilleur traitement est le paiement d'une indemnité, même avec un malade de bonne foi.

JACQUES (de Nancy). Deux faits de clinique laryngologique. (*Soc. franç. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 2 mai 1904. — *Arch. intern.*, supplément n° 4, juillet-août 1904).

Il s'agit d'un corps étranger laryngien (une agrafe enclavée) extraite par la laryngectomie inter-crico-thyroïdienne chez une fillette de cinq ans et demi. L'agrafe était insérée entre les cordes inférieures. L'opération externe fut limitée à la simple incision de la membrane crico-thyroïdienne. Cette opération évite la trachéotomie préalable et évite la fissure du thyroïde. Elle fournit même chez l'enfant un jour assez large pour l'extraction des corps enclavés dans la glotte.

Le second fait est relatif à une ankylose crico-aryténoïdienne bilatérale consécutive à la trachéotomie haute (laryngotomie inter-crico-thyroïdienne) chez un malade trachéotomisé quatorze ans auparavant et qui n'avait pas pu être décanulé par suite d'une ankylose presque complète des cordes au voisinage de la ligne médiane.

II. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

XI^e RÉUNION ANNUELLE A BOSTON (MASSACHUSETTS)

5 et 6 juin 1905.

Compte rendu par MENIER (de Figeac).

Exentération tympano-mastoidienne ; guérison de la cavité par un caillot ; guérison de la plaie par des sutures sous-cutanées à la soie, par F. SPRAGUE (de Providence) (sera publié *in extenso*). — C'est un cas d'otite moyenne chronique suppurée opérée par la méthode de Stacke-Zaufal. Ce cas montre ce qu'un caillot sanguin, organisé, remplissant une cavité, peut faire pour l'occlusion de celle-ci. A noter qu'avant l'opération le malade avait des attaques d'épilepsie qui ont complètement disparu.

Un cas d'œdème angio-névrotique, par DOUGLAS (de Concord). — Il s'agit d'un gonflement intermittent de la langue, durant ordinairement douze heures ; phénomènes semblables au bras droit, au scrotum, à la face. Pas d'élévation de température, ni de douleur, ni symptômes prémonitoires, ni cause immédiate. Le malade est un buveur d'ale, et de temps en temps, de whisky. OSLER a rapporté des cas semblables dont deux terminés par la mort due à l'œdème aigu de la glotte.

FRENDENTHAL et HALSTED pensent qu'il s'agit là d'une variété d'urticaire. HALSTED fait ressortir que ces œdèmes peuvent survenir après l'emploi du sérum antidiphtérique.

RICHARDSON incline vers l'œdème angio-neurotique et pense que l'hérédité joue un rôle ; il a vu un cas dans lequel l'affection s'était montrée pendant trois générations ; elle frappe plutôt les membres mâles des familles et est souvent due à des écarts de régime. Il a vu la guérison être très rapide par les purgatifs et une large incision.

BALLENGER (de Chicago) dit qu'il y a huit ans il rapporta un cas semblable à celui de Douglas. Il y avait œdème de la luette, de la paroi latérale du pharynx et aussi un peu de la glotte ; les deux côtés du nez étaient infiltrés. Guérison en 24 heures par applications astringentes. La malade avait des troubles gastriques. Il n'y eut pas de récédive.

STUCKY (de Lexington) demande si la diathèse rhumatismale ne peut pas être mise en cause.

LEWIS COFFIN (de New-York) croit à l'origine gastro-intestinale. Il a vu un cas guérir par lavage de l'estomac et récidiver après écart de régime.

J. LOGAN (de Kansas City) a constaté que beaucoup de ces malades mangeaient de grandes quantités de fromage, surtout sous forme de rôties au fromage.

CULP (de Harrisburg) dit qu'une de ses malades était atteinte chaque fois qu'elle mangeait des noix; elle souffrait, du reste, d'indigestion chronique.

MYERS (de New-York) cite un cas dans lequel l'œdème s'étendait aux yeux. Le malade était rhumatisant et asthmatique. Le traitement consista en benzoate de soude à haute dose et injections de pilocarpine.

DOUGLAS eut un succès, à la première attaque, avec le chlorure d'adrénaline; mais dans les récidives, le médicament n'eut pas d'effet. Partant de l'idée de névrose, il administra, avec quelque résultat, des bouffées de chloroforme. Son malade n'était pas rhumatisant, ni ne souffrait pas de l'estomac; il n'avait pas non plus été empoisonné par le lierre ou le sumac¹.

Dans un autre cas, chez une femme, l'œdème du larynx fut soulagé par des pulvérisations au chlorure d'adrénaline.

Présentation d'instruments, par CHEVALIER JACKSON (de Pittsburg). — Présentation de : bronchoscope, œsophagoscope, trachéoscope, spéculum pharyngo-laryngien, longue pince.

HARRIS demande si les lampes fixées aux instruments ne s'éteignent pas au cours des opérations.

Un nouvel instrument pour la résection de la cloison, par BALLENGER. — Il facilite la résection sous-muqueuse en volet; l'opération peut se faire en quelques minutes. L'orateur présente aussi une anse pour l'ablation partielle de l'amygdale.

Lampe frontale améliorée, par STUCKY.

Un nouveau septotome, par WALTER WELLS (de Washington). — Cet instrument coupe un lambeau en languette sur la portion cartilagineuse de la cloison. Il est destiné à remplacer les ciseaux de ASCH.

Lampe frontale modifiée, par WENDELL PHILLIPS (de New-York). — Elle ne peut être employée qu'avec le courant alternatif.

1. Sumac : *Rhus toxicodendron*. Il est probable que le lierre dont parle Douglas n'est pas le lierre ordinaire (*Hedera helix*) mais le lierre du Canada (*Rhus radicans*), variété de l'espèce de sumac (note du traducteur).

MOSHER (de Boston) présente les instruments suivants :

1° Releveur de la lèvre et de la joue, en fil métallique, pour faciliter la pénétration dans l'antre d'Highmore par la fosse canine ;

2° Un instrument destiné à fermer dans la trachée ou l'œsophage les épingles de sûreté. Il a été inventé pour un malade qui avait avalé une de ces épingles, la pointe en haut ;

3° Attelle nasale pour un cas de fracture du rebord orbitaire du maxillaire supérieur combinée avec luxation par fracture de l'apophyse nasale du même os. La contention fut parfaite.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Épithélioma du larynx, par CHEVALIER JACKSON.

Épithélioma du sinus maxillaire, par CHEVALIER JACKSON. — L'ablation fut faite. La ligature de la carotide externe rendit l'opération très facile ; la trachéotomie ne fut pas nécessaire.

Épithélioma du larynx, par CHEVALIER JACKSON. — La tumeur a perforé le cartilage thyroïde. Laryngectomie totale. Récidive au bout de quatre mois.

Obstruction de la trompe causant la fistule mastoïdienne post-opératoire et la suppuration chronique de l'oreille moyenne, par THOMAS HUBBARD (de Toledo). — Les conclusions de l'auteur sont indiquées par le titre de sa communication.

DENCH (de New-York) croit que les fistules dues à ces causes sont rares. Il pense plutôt que la suppuration est due à un fragment d'os nécrosé qu'on a laissé.

GOLDSTEIN (de Saint-Louis) dit qu'à la dernière réunion il a montré deux cas où il y avait relation évidente entre la fistule et la trompe, l'air poussé par la sonde faisait sortir par la fistule du mucus venu de la trompe.

Carcinome de larynx, par SOLLY (de Colorado Spring). — Laryngectomie totale. Mort au bout de deux mois attribuée par les uns à l'absence de sécrétion parathyroïdienne.

CHEVALIER JACKSON dit que les lavements nutritifs donnés dans des cas de ce genre ne prolongent pas la vie ; ils peuvent apaiser la soif, mais non la faim. Il raconte que dans un de ses cas de laryngectomie totale, il enleva le pneumo-gastrique, la jugulaire, la carotide primitive, sans que le malade eut à souffrir de l'absence de ces organes.

LOEB rapporte cinq cas de cancer du larynx.

WOODWARD (de Norfolk) pense, d'après un cas traité par lui, que la trachéotomie prolonge davantage la vie que la laryngectomie quand on est obligé d'enlever le pneumogastrique.

FLETCHER INGALS (de Chicago). — La laryngectomie ne doit pas être faite quand la maladie a dépassé les parois du larynx; les résultats sont très favorables, au contraire, dans les cas de cancer intrinsèque.

Un cas peu fréquent de syphilis du larynx ayant exigé la trachéotomie, par THEISEN (d'Albany). — L'intubation est utile quand la sténose n'est pas extrême et qu'elle est due à l'épaississement des cordes et des bandes ventriculaires. Dans les cas contraires, il faut que la trachéotomie précède le tubage destiné à faire disparaître la sténose.

Un cas de thrombose infectieuse des sinus latéral et pétreux après mastoïdite aiguë. Mort par méningite. Autopsie, par ARNOLD KNAPP (de New-York). — Ce cas est intéressant aux points de vue suivants :

1^o Il confirme l'assertion de Leutert qu'une élévation de température durant plus d'un ou deux jours, au cours d'une suppuration ordinairement apyrétique de l'oreille, est toujours causée par une affection des sinus, si nous pouvons éliminer l'infection superficielle, la rétention de pus dans la caisse ou la méningite purulente; nous avons commis une erreur très grave en n'ouvrant pas le sinus plus tôt;

2^o L'aspect macroscopique du caillot n'est pas toujours fonction de son innocuité.

Dans les cas de thrombose infectieuse indubitable du sinus latéral, il est plus sûr de mettre ce sinus à nu jusqu'au pressoir d'Hérophile, d'arrêter la circulation en ce point là par une compression serrée et d'exciser toute la paroi externe du sinus. On prévient ainsi la formation de caillots infectieux, et le danger de l'extension aux méninges est très diminué.

Bronchoscopie et trachéoscopie par la méthode de Killian, par MOSHER. — Au lieu de faire asseoir le malade, Mosher le fait coucher, la tête pendante; si la méthode de Killian échoue, on pratiquera la trachéotomie et on saisira le corps étranger avec une pince courbe en se guidant à l'aide du cystoscope de Kelly.

Complications intracrâniennes de la suppuration de l'oreille moyenne. — Discussion générale.

Méningite, sa symptomatologie, son diagnostic, son traitement.
Compte rendu d'un cas, par M. CUEN SMITH (de Philadelphie). — L'extension aux méninges se fait par trois voies : 1° Par des ouvertures du crâne dues à la nécrose; 2° par les voies naturelles de communication : limaçon et rameaux semi-circulaires; 3° le long des vaisseaux et du tissu conjonctif.

La méningite se manifeste de façon protéiforme. Les symptômes généraux sont : fièvre, vomissement, ralentissement du pouls, troubles respiratoires, agitations, convulsions épileptiformes, hyperesthésie générale, délire, miction et défécation involontaires et phénomènes qui sont presque des phénomènes de foyer : tétanie, grincement des dents, raideur des membres, rétraction des muscles, de la nuque et du cou. La céphalée est un des symptômes constants. Dans le cas d'affection de l'oreille, le traitement chirurgical est tout indiqué. La ponction lombaire peut aussi être utile.

Symptômes, diagnostic et traitement de l'encéphalite et de l'abcès du cerveau, par F. JACK (de Boston). — Cette communication est l'étude statistique de 43 cas. L'abcès cérébral, dû à une affection de l'oreille, était presque toujours situé dans le lobe temporo-sphénoïdal; dans quelques cas, on avait affaire à un abcès du cervelet.

Symptomatologie, diagnostic et traitement de la thrombose des sinus pétreux, par Mac KERNON (de New-York). — Les symptômes les plus fréquents sont : 1° Elévation de température; 2° frissons (dans quelques cas seulement); 3° accélération du pouls; 4° légère accélération de la respiration pendant l'élévation de température; 5° douleur de la tête siégeant latéralement et à la région occipitale, parfois localisée à la région du pressoir d'Hérophile; 6° nausées et vomissements; 7° affections oculaires; 8° vertiges quand les méninges sont prises.

Symptômes locaux : œdème de la région mastoïdienne, raideur des muscles de la nuque.

Résultats pathologiques des complications endocraniennes des affections de l'oreille moyenne, par Thomas HARRIS. — L'auteur demande une étude soigneuse de tous les cas qui viendraient à être autopsiés.

Complications intracrâniennes des suppurations de l'oreille moyenne, par Edward DENCH. — D'après les statistiques de l'auteur, les deux variétés des cas qui présentaient la plus grande mortalité étaient les abcès cérébraux et la méningite diffuse, soit séreuse, soit purulente. Les abcès épидурaux, la thrombose des sinus, ceux même

où il fallut réséquer la jugulaire, sont des affections moins sérieuses que les précédentes si on opère à temps.

WENDELL PHILLIPS dit que les traumatismes de la tête sont souvent suivis de méningite ayant pour origine la suppuration de l'oreille moyenne; il a vu des cas où la suppuration durait depuis des années, lorsqu'un traumatisme de la tête vint amener des complications du côté du crâne; cela s'explique si on réfléchit que la barrière entre la suppuration de l'oreille et le cerveau consiste en une mince lamelle osseuse.

PHILLIPS n'attribue pas grande importance ni à la fièvre, ni à l'accélération du pouls, ni aux frissons. Il s'étonne qu'on n'insiste pas davantage sur la ponction lombaire qui permet de reconnaître l'état exact des organes du crâne.

Quant aux hernies qui suivent les larges ouvertures de la boîte crânienne, ce n'est pas de la matière cérébrale, mais du tissu de granulation qu'on peut réséquer à peu près impunément au niveau de l'os.

Charles RICHARDSON (de Washington) dit qu'il est peu probable qu'un traitement soit efficace dans la leptoméningite pure. Trois cas opérés par lui ont succombé; la surface du cerveau était couverte d'un exsudat purulent qui avait même pénétré dans les scissures interlobaires.

RICHARDSON déclare que Jack n'a pas assez insisté sur l'aphasie qui existait dans les abcès du côté gauche.

Bourdonnements d'oreilles et hallucinations de l'ouïe, ou relation des affections de l'oreille avec les hallucinations auditives des aliénés, par SOHIER BRYANT (de New-York). — Ces hallucinations ont plus d'importance psychologique que les autres et sont ordinairement les premières. L'observation nous apprend que, dans la majorité des cas, il existe des affections de l'ouïe; les malades se plaignent aussi de bourdonnements. Les hallucinations unilatérales existaient, sans exception, du même côté que les lésions de l'oreille. Donc, cela indique que les hallucinations sont souvent sous la dépendance des maladies de cet organe et que quelques cas étaient dus à une excitation des centres auditifs par un bourdonnement périphérique.

Les bruits subjectifs peuvent, chez les individus prédisposés au point de vue mental, provoquer les hallucinations qui pourront guérir par amélioration ou disparition de l'affection concomitante de l'oreille.

Sinusite frontale; diagnostic, traitement, résultats, par COAKLEY (de New-York). — Voici les symptômes :

- 1° Écoulement;
- 2° Rhumes de cerveau fréquents;
- 3° Douleur et pesanteur de la région frontale;

- 4° Obnubilation et vertige;
- 5° Cacosmie et anosmie;
- 6° Œdème et rougeur de la paupière supérieure; voussure de la paroi orbitaire du sinus frontal;
- 7° Diplopie;
- 8° Fistules.

L'examen du nez révèle la présence de pus dans le méat moyen, entre le cornet moyen et la cloison. L'auteur énumère les divers moyens de diagnostic.

Il décrit ensuite la méthode dite « ouverte » qui consiste à enlever toute la paroi antérieure du sinus frontal, ablation complète de la muqueuse de la cavité, mise à nu et ablation de la muqueuse des cellules ethmoïdales qui entourent le canal naso-frontal. Cette méthode lui a donné de si bons résultats qu'il n'a pas encore essayé celle de Killian.

Indications de l'opération externe : 1° Sinusite frontale chronique supprimée combinée à polypes du nez; ces cas sont toujours associés à de l'ethmoïdite; 2° exacerbations aiguës de la sinusite chronique; 3° échec du traitement intranasal, fétidité de l'écoulement; 4° les sinus frontaux étendus, à cloisons multiples, ne pouvant être bien lavés; 5° malades à fosses nasales étroites, d'où difficulté du traitement intranasal; 6° malades désirant une guérison rapide et définitive; patients neurasthéniques; cas dans lesquels il y a une fistule conduisant dans un sinus frontal.

La voie endonasale dans les opérations sur les sinus accessoires du nez, par WALTER WELLS (de Washington). — L'orateur considère la route nasale comme la voie conservatrice, celle qui détruit le moins possible de tissu sain et sans produire de déformation. Elle n'en exige pas moins autant d'habileté et de science anatomique que les autres. Il insiste sur la défiguration « hideuse » que produit l'opération externe sur le sinus frontal.

Opérations radicales sur le sinus frontal, par WOLFF FREUDENTHAL. — C'est un résumé de l'article que nous publierons *in extenso*.

Résultats des opérations par voie maxillaire pour les affections associées du sinus maxillaire du labyrinthe ethmoïdal et du sinus sphénoïdal, par PASSMORE BERENS (est publié *in extenso*).

L'opération externe pour la cure de l'ethmoïdite, par LEWIS COFFIN. — Il la préfère à l'opération endonasale pour les raisons suivantes : 1° Par voie endonasale, il faut sacrifier le cornet moyen;

2° cette opération est longue et douloureuse; 3° par voie endonasale on ne peut pas atteindre certaines régions de l'ethmoïde.

Nouvelle opération et nouveaux instruments pour drainer le sinus frontal, par FLETCHER INGALS. — L'opération consiste à faire passer un conducteur d'acier dans le sinus frontal par le conduit naturel et à passer sur ce conducteur un foret creux, qui pratique un canal de 0,006 millim. de diamètre; dans ce canal on introduit un tube en or qui reste de lui-même en place et est assez large pour que le pus s'écoule et que le malade puisse laver son sinus. Avantages de cette opération : pas de cicatrice, drainage efficace, nettoyage facile du sinus, sûreté plus grande que par les autres méthodes endonasales; on peut opérer de bonne heure et prévenir ainsi les altérations pathologiques, et cela n'est pas un obstacle à une opération externe ultérieure, si elle devenait nécessaire; enfin la méthode donne un pourcentage de guérisons très élevées.

Deux cas d'oblitération heureuse du sinus frontal après opérations répétées, par HOLBROOK CURTIS (de New-York).

Cas de kyste dentigène avec inflammation simulant un abcès du sinus maxillaire causé par un odontome, par HASKIN (de New-York).

MOSHER présente deux cas de sinusite frontale opérés par la méthode de Coakley.

RICHARDS (de Fall River) présente trois cas de sinusite frontale double et un cas de sinusite frontale unilatérale traités par la méthode d'oblitération. Résultats excellents.

PAIPON CLARK, J. LOGAN, LOEB, parlent de l'importance des affections du sinus frontal et concluent qu'on peut opérer avec succès par des méthodes bien différentes, tout en faisant la part à l'équation personnelle. Le dernier orateur fait l'éloge de la méthode d'INGALS qui devrait être employée dans tous les cas où elle est possible.

LEE HURD a pénétré dans le sinus frontal par le nez en agrandissant le canal frontal dans sa direction antérieure. Il injectait une fois par semaine une solution de 5 à 25 % de nitrate d'argent.

Thomas HARRIS, parlant de l'opération radicale de la sinusite frontale, dit qu'elle est dangereuse pour la vie et défigure le patient. Il plaide donc en faveur des méthodes conservatrices et palliatives.

En tout cas, dans toute méthode opératoire, il faut assurer un libre écoulement.

MOSHER demande pourquoi on ne parle pas d'ouverture exploratrice du sinus frontal : méthode simple qui ne laisse pas de cicatrice. Les méthodes endonasales sont de médiocre chirurgie; la méthode d'Ingals n'exclut pas le danger de léser l'angle postéro-

interne du sinus, où parfois la lame criblée envoie un prolongement et où l'on trouve quelquefois au canal osseux du trou borgne la veine qui est le commencement du sinus longitudinal supérieur.

A la méthode qui consiste à ouvrir le sinus à l'angle supéro-interne de l'orbite, l'orateur fait le reproche de léser la poulie au grand oblique.

COFFIN, parlant de la radiographie, dit que c'est une excellente méthode pour montrer les dimensions des sinus et leurs relations réciproques, mais elle n'indique pas si le sinus est malade ou non. Il donne encore l'utile conseil de ne pas sectionner le sourcil et son arcade, ce qui peut laisser une cicatrice qui est loin d'être esthétique.

COAKLEY revient sur la méthode d'Ingals (exposée plus haut); elle présente un danger : la perforation accidentelle possible du cerveau et l'apparition d'un processus septique, car le curettage du sinus est fait à l'aveugle. Pour lui, la radiographie est utile, car un bon négatif montre toujours une différence marquée entre un sinus normal et un sinus malade.

BERENS dit que l'opération radicale est justifiée après l'échec des méthodes palliatives.

Complications nasales et auriculaires de la diphtérie, de la scarlatine et de la rougeole, par Mac COLLOM (de Boston). — Il fait ressortir : 1^o La fréquence de l'otite moyenne dans ces trois affections; 2^o l'importance de l'opération précoce dans la mastoïdite qui survient dans ces maladies; 3^o la nécessité d'examen fréquents des oreilles, même quand il n'y a aucun symptôme qui s'y rapporte; 4^o l'incision précoce du tympan dans les maladies infectieuses aiguës, dès qu'il y a voussure. Mac COLLOM demande qu'avant d'enlever les végétations adénoïdes il est bon de prendre des cultures dans le nez, car il arrive souvent qu'un enfant, ayant un écoulement profus par le nez, a une grave atteinte de diphtérie, immédiatement après l'ablation des végétations ou des amygdales.

RICHARDSON : Ces considérations devraient surtout être présentes à l'esprit des médecins qui s'occupent d'affections générales.

RICHARDS propose de remplacer le terme de paracentèse par celui d'« incision du tympan »; car la paracentèse signifie pour le praticien ordinaire : ponction du tympan avec une aiguille, alors qu'il s'agit d'une large incision.

CHEVALIER JACKSON, d'accord avec le précédent, plaide en faveur du terme de myringotomie.

DENCH regarde l'idée de Mac Collom (prélèvement des cultures dans le nez) comme excellente.

Lui, non plus, n'est pas partisan des irrigations nasales dans la diphtérie et préconise aussi, dans les affections auriculaires d'origine infectieuse, la trépanation précoce de la mastoïde. Il n'attend pas que le tympan bombe pour l'inciser, mais il le fait dès qu'il y a de la rougeur et élévation de température.

MAC CUEN SMITH est d'avis que dans les infections de l'oreille moyenne le pneumocoque détruit plus rapidement que les autres bacilles l'os et les tissus mous.

Il est d'accord sur tous les points avec les orateurs précédents.

WENDELL PHILLIPS est aussi d'accord avec eux, mais il pense que l'examen bactériologique des sécrétions du nez avant l'ablation des végétations est un excès de précaution. Il prend la température de l'enfant 24 heures avant d'opérer; si elle est normale, il opère, sinon il diffère l'intervention; en effet, dans un cas, l'élévation de température précéda l'apparition de la coqueluche et, dans un autre, une angine folliculeuse.

EWING DAY (de Pittsburg) exprime l'opinion qu'il y a sans doute embolie des vaisseaux qui vont à la caisse et à la mastoïde.

HUBBARD demande si dans les cas opérés l'emploi de l'anesthésique a causé une exacerbation de la néphrite qui existe souvent dans les affections dont nous avons parlé.

LELAND (de Boston) insiste sur la nécessité de fréquents examens.

MAC COLLOM, répondant à Hubbard, dit que la néphrite aiguë n'est pas aggravée par l'emploi de l'éther.

Otite de la scarlatine, par Frank SPRAGUE (sera publié *in extenso*).

Les indications opératoires dans la mastoïdite aiguë, par Ph. KERRISON (de New-York). — Elles peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

1° Cessation brusque de l'écoulement, alors que les autres symptômes persistent. Douleur profondément située dans la mastoïde; douleur à la pression sur une surface dépassant beaucoup les limites de l'antre;

2° Les symptômes précédents, s'ils ne cèdent pas promptement (en 24 ou 48 heures) aux mesures abortives, seront une raison suffisante d'opérer la mastoïde;

3° Une sensibilité marquée au niveau de l'antre et persistant quatre à cinq jours après une large incision de la membrane de Shrappnell, indique des processus de nécrose dans l'antre et réclame l'intervention chirurgicale;

4° Variations marquées dans la quantité de pus qui s'écoule; son maximum étant apparemment trop grand pour être expliqué par la lésion de la caisse, ses périodes de diminution coïncidant avec le développement de la douleur ou de la sensibilité mastoïdienne ou des deux phénomènes;

5° La sensibilité mastoïdienne disparaissant après avoir existé, cela indique, s'il persiste un écoulement venu de la caisse, qu'il peut y avoir un foyer de carie dans l'*aditus ad antrum* ou l'antre;

6° S'il y a eu des indices de complications mastoïdiennes, l'apparition de symptômes septiques, à n'importe quel moment de la con-

vaiescence, en l'absence d'autre affection concomitante, est une indication positive pour une opération immédiate.

DENCH : La sensibilité au niveau des cellules inférieures est plus importante pour le diagnostic que la sensibilité au niveau de l'antre.

Il a vu un grand nombre de cas dans lesquels le seul symptôme de mastoïdite était un affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif. C'est pour lui un des symptômes capitaux.

MAC CUEN SMITH attache plus d'importance à la voussure de la paroi postérieure du conduit.

STUCKY : Si l'affaissement de la paroi postéro-supérieure est un signe pathognomonique, l'absence de ce signe n'indique pas la non existence de la mastoïdite.

Il cite plusieurs exemples.

Il ajoute qu'il y a fort à faire pour faire pénétrer les vérités chez les praticiens et même chez les otologues. Il vit deux cas dans lesquels les malades moururent de méningite parce qu'on avait attendu trop longtemps la voussure de la paroi postéro-supérieure.

MIEL (de New-York) raconte l'observation d'un homme présentant de graves douleurs mastoïdiennes qui guérissent par l'ablation d'une dent cariée de la mâchoire inférieure.

PACKARD (de Philadelphie) : Le gonflement de la paroi du canal est un symptôme excellent, surtout quand il n'y a pas d'écoulement.

DENCH : Si la sensibilité mastoïdienne persiste pendant quatre ou cinq jours, il n'hésiterait pas à opérer. La sensibilité débute au sommet de la mastoïde et s'étend jusqu'à l'antre; c'est cette dernière sensibilité qui est importante.

(A suivre).

II. — XII^e CONGRÈS DES LARYNGOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD ¹.

Heidelberg, 12 juin 1905.

Président : G. AVELLIS (de Francfort-s.-Mein).

Compte rendu par BLUMENFELD, de Wiesbaden,
secrétaire du Congrès.

Vœu. — Le Congrès maintient sa résolution prise en 1899, concernant la situation de la section laryngologique et de la section otologique dans les Congrès internationaux, etc. Cette résolution demande une séparation de ces sections et leur indépendance réciproque.

Traitement après l'adénotomie, par V. SEIFERT (de Würzburg). — C'est la restitution d'une respiration normale par le nez qui est le

1. Un rapport officiel paraîtra *in extenso*, chez Stuber (C. Kabitzsch, Würzburg).

point le plus essentiel dans le traitement des adénotomisés. Néanmoins ce traitement se trouve très peu mentionné dans la littérature et il me semble fréquemment pratiqué. L'opéré doit faire des exercices de respiration systématique en pratiquant dix inspirations profondes, cinquante l'une après l'autre, la bouche fermée et avec une courte période d'arrêt après dix respirations. Le but de ces exercices, c'est-à-dire la restitution d'une respiration normale par le nez peut être atteint en huit jours ou en plusieurs mois. Seifert n'a jamais fait usage des appareils pour fermer la bouche.

BARTH, SIEBENMANN, VON EICKEN, KNELES prennent part à la discussion qui suit.

Influence de l'élargissement de la mâchoire supérieure sur la configuration de l'intérieur du nez, par SCHROEDER (de Cassel). — Une position anormale des dents peut causer une déformation de la mâchoire supérieure du palais osseux, du fond du nez et de la cloison. Cette déformation se fait grâce à une pression oblique, résultant d'une obliquité des alvéoles. L'effet de cette pression anormale doit être une sténose symétrique ou asymétrique du nez.

La thérapie de Schroeder est basée sur cette idée; il veut corriger la déviation de la cloison et la déformation du nez par un traitement mécanique des alvéoles et des dents.

VOLSEN veut bien admettre que les préparations présentées par Schroeder prouvent qu'il est possible d'élargir le palais osseux, mais elles ne prouvent pas que la cavité du nez soit élargie par le traitement orthopédique de Schroeder. Volssen démontre d'une manière tout à fait convaincante que les relations mécaniques entre les dents et la cavité nasale (mâchoire supérieure, palais dur, cloison) sont bien autres que Schroeder le prétend.

SIEBENMANN, KILLIAN, HALDMANN, BENEVLIT, BLOCH, MINTZ soutiennent l'avis de VOLSEN.

La laryngofissure selon le procédé de Semon, par WINKLER (de Bremen). — Winkler rapporte quatre cas opérés de cette manière depuis 1903. Il regrette l'anesthésie à l'éther et préfère le chloroforme.

Incision de la peau de l'os hyoïdien jusqu'au sternum, des cartilages du larynx et des cartilages supérieurs de la trachée, trachéotomie. Après la trachéotomie, d'après Semon, il faut attendre dix minutes, afin que l'obturation de la trachée se fasse au moyen d'une canule à épingle.

WINKLER croit que ce temps n'est pas suffisant. Ablation des parties malades de la muqueuse, hémostase très exacte, suture de la plaie du larynx.

WINKLER formule les questions suivantes, très délicates : 1° jusqu'à quel point peut-on priver de muqueuses les cartilages thyroï-

diens sans amener de troubles trophiques ? 2° dans quels cas faut-il procéder à une résection d'une partie du cartilage thyroïdien, dans quel cas faut-il pratiquer une laryngectomie partielle ? 3° quelle quantité de muqueuses malades peut-on sacrifier sans danger d'amener la sténose du larynx.

SEMON. Il faut définir exactement les indications de la laryngofissure, etc.

Quant au carcinome, la diagnose précoce est d'une grande valeur. Les succès de Semon dans le cancer du larynx dépassent 50 %.

Laryngotomie dans la tuberculose du larynx, par HAUSLONG. — Rapport de trois cas de guérison après cette opération. Hanslong fait une trachéotomie quelque temps avant l'opération du larynx. Dans un des cas décrits, la guérison dure depuis quinze ans.

BARTH cite un cas analogue.

Sur le traitement de la tuberculose du larynx par les rayons de soleil, par TESSER (de Davos). — L'auteur a eu de bons résultats de ce traitement qu'il a appliqué à Davos.

Larynx des femmes atteintes d'ostéomalacie, par SIEBENMANN (de Bâle). — Le diagramme démontre l'absence de l'ossification normale.

Sur des affections unilatérales de la corde vocale, par Albert ROSENBERG (de Berlin). — Ces affections sont presque toujours d'une nature spécifique, mais il y a des exceptions. Rosenber analyse trois cas dans lesquels il observa rougeur, gonflement et mouvement difficile d'une seule corde vocale, sans qu'une cause spécifique se soit déclarée.

Cancer primitif et isolé de la trachée, par R. HOFFMANN (de Overden). — La tumeur, un épithélioma cylindrique, était située dans la région du premier jusqu'au quatrième cartilage de la trachée: elle provenait des grandes muqueuses de la trachée. Le malade est mort de suffocation.

Contribution à la symptomatologie de la paralysie du nerf laryngé supérieur, par FRONENBERG (de Solingen). — Le trouble du nerf était causé par un kyste siégeant au côté gauche du cou. La voix est excessivement basse. La corde vocale gauche, qui est atteinte de paralysie a une position plus basse que la corde droite. Les autres symptômes décrits dans la littérature comme caractéristiques de cette paralysie ne sont pas constatés avec une sûreté suffisante.

Cancer primitif du sinus ethmoïdal, diagnostic par le procédé de Raöntgen, par AVELLIS (de Francfort-s./M.). — Cancer à l'épithélium plat chez un homme qui avait été soigné par Avellis depuis quinze ans à cause d'une rhinite atrophique.

Symptômes douteux, maux de tête et petites hémorragies dans le naso-pharynx. Diagnostic par un diagramme en profil; le malade succomba à une méningite.

Sur l'origine des polypes choanaux, par KILLIAN (de Fribourg-en-Brisgau). — Ces polypes prennent leur origine dans l'antre d'Highmore; de là ils se projettent dans le nez et dans la cavité pétro-nasale par un trou accessoire. Ils consistent donc en deux polypes, dont l'un est situé dans le sinus maxillaire, l'autre dans la cavité nasale et tréonasale. Les deux parties sont jointes par un pédicule traversant le foramen.

Il y a des formations analogues dans le sinus sphénoïdal, etc. Ils sont causés par une inflammation de la muqueuse du sinus.

Instruments nouveaux pour la résection sous-muqueuse de la cloison, par KILLIAN. — Démonstration d'une seringue pour l'injection sous-muqueuse d'une solution de cocaïne et d'adrénaline, d'un élévateur de Killian, un peu modifié, d'un forceps à grandes branches, qui tend à éloigner les pièces du cartilage quadrangulaire mobilisées par le scalpel de Killian.

Modèle de démonstration pour les exercices en laryngoscopie, par KILLIAN.

Démonstration de corps étrangers extraits de l'œsophage, de la trachée et des bronches, par l'œsophagoscopie et par la bronchoscopie supérieure, par KILLIAN. — Un corps rond, lisse, peut bien être extrait par l'œsophagoscopie, ce que prouve M. Killian par une pièce de monnaie retirée de l'œsophage d'une jeune fille et présentée aux auditeurs. Mais c'est bien autre chose s'il s'agit des corps tranchants qui font une plaie pénétrante de l'œsophage dans un cas que Killian a vu; il s'agit d'un morceau de verre avalé par un homme. Il y avait des symptômes très alarmants, douleurs très fortes, température élevée, etc. L'essai même de l'œsophagoscopie aurait augmenté le danger d'une infection du tissu péri-œsophagal.

Il fallut alors recourir à l'œsophagotomie, ce qui a sauvé le malade. Contre les corps étrangers retirés de la trachée ou des bronches par Killian, le cas d'une jeune fille qui avait aspiré un petit sifflet est d'un intérêt spécial. Le sifflet se trouvait dans les parties les plus basses du lobe inférieur du poumon droit, ce qui s'est démontré par la radioscopie.

Il fallut une narcose à trois reprises et la construction d'instruments nouveaux pour extraire ce corps. Guérison complète.

Démonstration de nouveaux instruments pour la bronchoscopie,
par KILLIAN.

Bronchoscopie et chirurgie des poumons, par KILLIAN. — C'est au moyen de la bronchoscopie qu'on peut faire le diagnostic d'une maladie circonscrite des poumons, mais il faudra l'étude la plus exacte de l'anatomie topographique des bronches, pour avoir des résultats.

Le procédé de Roentgen démontre qu'il est possible que les sondes bronchoscopiques parviennent presque à la surface du poumon; ce qui sera d'une grande valeur lorsqu'il s'agit d'extraire des corps étrangers par la bronchotomie.

(A suivre.)

III. — SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Président : V. DELSAUX (de Bruxelles)

Compte rendu par BREYRE (de Liège)

(Suite)

Dimanche 18, après midi.

Les complications endo-craniennes des sinusites de la face, par DELSAUX, rapporteur — Le résumé très court de ce substantiel rapport ne peut guère qu'indiquer le canevas du travail de Delsaux.

Le rapporteur nous montre par une statistique empruntée à Hajek que tous les sinus peuvent donner lieu à l'infection endo-cranienne, à la thrombo-phlébite des sinus, à l'encéphalite circonscrite, à l'abcès extra-dural, à la méningite. Par ordre de fréquence, ce sont le sinus frontal, le sinus sphénoïdal, les cellules ethmoïdales, enfin l'antre d'Highmore.

La complication la plus fréquente est la méningite, puis viennent les abcès cérébraux; en troisième ligne les thrombo-phlébites, enfin les abcès extra et intra-duraux, puis l'encéphalite.

Le rapport cherche à établir la voie habituellement suivie par l'infection pour gagner la cavité crânienne. Il étudie successivement les faits d'ordres anatomique et anatomo-pathologique, et il groupe le résultat de ses recherches dans l'ordre suivant :

1° Voies lymphatiques naso et sinuso-endo-craniennes :

a) Lymphatiques des fosses nasales.

b) Lymphatiques des sinus de la face :

2° Voies veineuses naso et sinuso-endo-craniennes.

a) *Veines des fosses nasales.*

b) *Veines des sinus.*

3° Voies de continuité naso ou endo-craniennes. Déhiscences vraies ou artificielles des parois osseuses des sinus par où se propage l'infection ;

4° Notions d'anatomie pathologique. Résumé de la statistique de Hajek donnant, avec nécropsies, à l'appui l'analyse des différents modes d'infection. Nécrose, ostéite, périostite, propagation par voie vasculaire, etc. ;

5° Nature des agents infectieux.

L'auteur conclut comme Luc que les accidents sont dus à l'exaltation de la virulence des microbes, lors d'une intervention incomplète qui méconnaît ou respecte un foyer ; le traumatisme agit comme un véritable coup de fouet. Aussi déclare-t-il absolument indispensable la désinfection totale et minutieuse des sinus que l'on ouvre.

Dans ses conclusions, l'auteur reprend un à un les chapitres de son rapport, il insiste sur la fréquence des affections des sinus sur le nombre de cas méconnus pendant la vie ; il appelle l'attention de tous les médecins sur l'origine nasale possible des infections méningées. Il termine en indiquant brièvement la conduite à tenir par le rhinologiste devant une lésion endo-cranienne reconnue. Et il conclut à la nécessité d'intervenir toujours : la rhino-chirurgie compte à son actif trop de succès pour qu'il soit permis de se croiser les bras même dans un cas en apparence désespéré.

BROECKAERT félicite le rapporteur pour avoir mis au point la question si intéressante et si pleine d'actualité du mécanisme de ces terribles complications.

CHEVAL insiste pour que l'on cherche une terminologie qui empêchera la confusion entre les veines endo-craniennes et les sinus, cavités aériennes des fosses nasales.

LOMBARD (de Paris) présente à son tour de chaleureuses félicitations au président Delsaux au sujet de son rapport.

Il importe, dit Lombard, de classer les complications des sinusites en deux ordres bien distincts :

1° Les complications des sinusites non opérées ;

2° Celles qui surviennent chez les gens opérés de sinusites.

En clinique on rencontre des sinusites que l'on opère dès qu'elles se présentent parce que l'on constate des phénomènes graves ; d'autres, et elles sont plus nombreuses, évoluent d'une façon torpide.

Au cours de ces affections il est démontré que des accidents peuvent se produire. Il demande au rapporteur sur quoi il basera sa conduite. Quand faut-il opérer ? Quand doit-on s'abstenir ?

DELSAUX répond qu'on ne doit pas opérer toutes les sinusites chroniques. Les indications selon lui se résument à celles-ci :

1° S'il y a des phénomènes graves ;

2^o Si le malade fortement incommodé demande à être débarrassé de son affection par l'opération.

Il ajoute que dès qu'on a commencé une intervention elle doit être conduite jusqu'au bout ; on n'a pas le droit de s'arrêter en chemin, car une désinfection incomplète est grosse de périls. Mieux vaudrait encore l'abstention.

CHEVAL est d'avis que l'on doit opérer les sinusites avec signes de rétention et les sinusites douloureuses, que dans les autres cas où la nature se charge du drainage des cavités, l'on ne doit pas intervenir.

JACQUES (de Nancy) demande que l'on précise nettement ce que l'on entend par rétention dans les sinusites.

CHEVAL dit qu'on parlera de rétention lorsqu'à côté des douleurs surviennent des phénomènes généraux fébriles.

JACQUES estime pour sa part que les phénomènes douloureux sont extrêmement variables suivant les cas ; pour lui le phénomène douloureux dépend en grande partie du tempérament de l'individu atteint.

Un mot à propos des complications orbitaires des affections nasales, par GORIS (de Bruxelles). — Il a opéré et guéri cinq malades porteurs de dacryocystites rebelles chez lesquels l'unguis était atteint d'ostéite. Après avoir récliné en dehors l'œil avec le périoste orbitaire ruginé il a enlevé les lésions de l'unguis, pratiqué une voie de drainage nasale, puis suturé. Le sac lacrymal dans les cinq cas n'a pas été extirpé mais ouvert et nettoyé. Réunion per primam sans accidents. Disparition complète du larmoiement.

De l'emploi de la paraffine endo-nasale comme traitement complémentaire des sinusites maxillaires et fronto-maxillaires, par GUISEZ (de Paris). — Après avoir opéré et guéri des gens porteurs de sinusites multiples et surtout de pansinusites, on voit fréquemment, en particulier dans les cas très chroniques, persister une production plus ou moins abondante de croûtes. Les sinus sont guéris, mais la pituitaire nasale est profondément altérée. Guisez a obtenu l'amélioration, voire la guérison de cet état particulier, en pratiquant des injections de paraffine dans les cornets, dans la paroi interne et le plancher.

Un cas de guérison de confusion mentale à forme grave, par la cure radicale d'une otite suppurée ancienne, par GUISEZ. — Une jeune fille de 24 ans, dans un état très infectieux depuis plusieurs semaines, présenta des signes de confusion mentale grave avec hallucinations olfactives et visuelles, crainte d'empoisonnement, violente céphalalgie accusée dans les rares moments de conscience. Cette personne est porteuse d'une double otite suppurée datant de dix ans, scarlatineuse. Jusque-là traitement auriculaire banal.

GUISEZ procède du côté gauche à un nettoyage de la caisse suivi de pansements secs qui amène une amélioration rapide de l'état local.

Du côté droit, l'évidement s'imposait. A la suite de cette opération, les phénomènes mentaux se sont amendés. Six mois après il ne persiste plus de traces de la psychose. La malade était une prédisposée à antécédents héréditaires mentaux.

Il est probable que les hallucinations du goût et de l'odorat et la crainte de l'empoisonnement reposent sur le fait que des substances malodorantes ont passé dans le cavum par la trompe. Le fait à retenir c'est la disparition rapide des hallucinations après l'évidement.

Névralgie faciale, par HEYNINX. — L'auteur rapporte un cas de névralgie faciale qu'il attribua à un cornet ethmoïdal summéraire que l'examen lui permet de déclarer d'origine congénitale. Les phénomènes douloureux ont apparu après un coryza, la résection a amené la guérison.

Scotomes étincelants, par HEYNINX. — L'auteur relate un cas de scotomes étincelants chez un individu porteur d'une hypertrophie du cornet moyen. Les phénomènes ont cédé à l'enlèvement de la partie hypertrophiée.

Présentations de cas, par HEYNINX. — L'auteur donne en détail l'histoire de plusieurs malades épileptiques chez lesquels il y avait une relation évidente entre les crises convulsives et une compression nasale supérieure. A ce propos il émet l'hypothèse suivante : la compression nasale supérieure trouble la circulation lymphatique du nez et de ses annexes et entraîne une résorption anormale de lésion par voie collatérale dans les centres encéphaliques.

LENOIR, qui a vu plusieurs malades de Heyninx, n'accepte qu'avec beaucoup de réserves les explications pathogéniques que donne Heyninx. Le rétablissement de la perméabilité nasale supérieure donne chez ces malades, comme tous les traitements, des résultats transitoires qu'il faut plutôt mettre sur le compte d'une influence psychique.

VAN SWIETEN relate le cas d'un homme de 67 ans, de la clinique de Goris, chez qui cet opérateur avait enlevé des polypes nasaux ; quelque temps après il rejeta par expectoration des fragments de tissu adénoïde pur et simple.

L'adénotomie guérit le malade d'une gêne respiratoire nasale que n'avait pas supprimée l'enlèvement des myxomes.

HENNEBERT raconte l'histoire peu banale d'un malade qui, à la suite d'un furoncle du nez, passa par des tribulations nombreuses : lymphangite de la peau du front, accidents infectieux, douleurs articulaires, fièvre, courbature, puis un phlegmon juxtalaryngien, un

œdème de la 1/2 gauche du vestibule laryngien, puis bientôt une desquamation de l'épiderme. Guérison.

Suppression des pansements après l'évidement pétromastoïdien, par HEYNINX. — L'auteur a opéré d'évidement un malade qui, après des irrigations antiseptiques faibles, fut complètement épidermisé en quinze jours.

Cholestéatome et pansements post-opératoires, par DE STELLA (de Gand). — Il faut distinguer le vrai cholestéatome du cholestéatome faux. Ce dernier est fréquent. Il n'affecte pas les caractères d'une néoplasie. La cure de cette affection s'obtient aussi facilement que celle de la mastoïdite chronique simple par l'évidement; l'existence du faux cholestéatome (cellules épidermiques, cristaux de cholestérine, magmas de pus desséché) ne retarde en rien la guérison. Le vrai cholestéatome est très rare, il n'a jamais été rencontré par Politzer lui-même. Il est constitué par des cellules « endothéliales ». La pathogénie en est inconnue. Le traitement consiste dans une exérèse totale sans suture, surveillance de la cavité que l'on s'efforcera de maintenir béante. Les récidives sont fréquentes, aussi il faut faire des pansements soigneux et cautériser fréquemment les points suspects.

Corps étranger de l'oreille, par BOVAL (de Charleroi). — L'auteur a extrait de l'oreille d'une femme de 30 ans un bouchon de cérumen contenant une dent de lait qui doit y avoir séjourné environ vingt ans, sans provoquer d'accidents.

Deux cas de mastoïdite traumatique, par BOVAL. — 1^o Un enfant a reçu un choc sur l'apophyse (escarpolette). Perte de sang par le nez.

Quelques jours après, céphalalgie, fièvre, douleur à la percussion de la mastoïde.

Examen. — Bouchon de cérumen puis un peu de sang coagulé. Fissure tympanique postéro-supérieure. Trépanation mastoïdienne. Quelques gouttes de pus dans les cellules accessoires. Pas de pus dans l'oreille moyenne. Guérison rapide.

CHEVAL admet qu'il y a néanmoins eu infection par la caisse, étant donnée la porte d'entrée par la fissure.

2^o Un ouvrier a reçu un choc direct sur l'apophyse. Pas de lésion de l'oreille moyenne. Insomnie et douleurs pendant trois mois. La trépanation donne issue à un peu de pus. Guérison en trois semaines.

Ici la pathogénie doit s'expliquer autrement que par l'infection venant de la caisse. Ces cas sont très rares, la littérature médicale en fait à peine mention. Ils pourront faire l'objet, dans certains cas, d'une expertise médico-légale, surtout à cette époque où la question

des assurances contre les accidents du travail soulève des discussions passionnées.

Mastoidite aiguë, suite d'otite; guérison spontanée, par TRÉTRÔP (d'Anvers). — Il s'agit d'une malade ayant présenté, au cours d'une otite moyenne purulente aiguë avec état typhique, tous les signes d'une mastoïdite qui a guéri radicalement en peu de temps, sans autre traitement que des instillations auriculaires et de la dérivation intestinale.

DELSAUX demande si la malade n'a pas évacué l'abcès par la trompe d'Eustache.

TRÉTRÔP répond que ce fait n'est pas venu à sa connaissance, et qu'après un séjour à la campagne, la malade avait complètement recouvré l'audition. La mastoïdite avait duré douze jours et les phénomènes cédèrent par lyse.

Tuberculose du lobule de l'oreille à forme eczématoïde, par RAOULT (de Nancy). — Garçon de 15 ans, vu en 1902 pour la première fois; le lobule de l'oreille est épaissi et recouvert de lésions rappelant celles de l'eczéma subaigu avec croûtes. Consistance molle du lobule faisant penser à celle du lipome. Raoult pense qu'il s'agit d'un eczéma avec hyperplasie des tissus sous-jacents.

Revue en 1905, la lésion est bourgeonnante avec ulcérations à la surface et nombreux petits points jaunes. Il y avait lieu d'hésiter entre tuberculose et actinomycose. L'examen histologique révéla l'existence de tubercules avec cellules géantes. Raoult pratiqua l'enlèvement à la curette des masses bourgeonnantes.

Cicatrisation après six semaines.

Abcès inter-vertébro-digastrique, par GORIS. — Il existe entre la face interne du digastrique en dehors, les apophyses transverses de l'atlas et de l'axis en dedans, les muscles styliens en avant, et la sangle musculaire postérieure composée des petit complexus, splénius, sterno-cléido-mastoïdiens et trapèze en arrière, un interstice musculaire dans lequel peut s'accumuler du pus. Ce pus, par la pression qu'il exerce, produit les symptômes suivants : douleur spontanée et, à la pression, en dessous de la ligne courbe occipitale supérieure, spontanée au sommet du crâne; puis de la douleur dans le dentaire inférieur, les temporaux profonds; du trismus, de la rotation de la tête, un demi-opisthotonos et une dysphagie bientôt absolue. Si l'on n'intervient pas, la mort peut être l'aboutissant final par rupture de l'abcès au niveau de l'œsophage; aspiration du pus dans les bronches et broncho-pneumonie (par la voie du triangle pharyngo-maxillaire). L'opération consiste à détacher les muscles susdits, de façon à pouvoir introduire le doigt en dedans du digastrique. Dans

deux cas, l'origine de l'affection était due à une otite moyenne; dans un autre cas à une infection produite par un goitre suppuré (thyroïdite purulente).

Quant à la façon dont l'infection se fait par l'otite, il n'y a que l'opinion d'Urbantschitsch pour l'expliquer. Cet auteur pense que le pus contient des substances dissolvant la matière gélatineuse des os, permettant ainsi aux microbes d'émigrer à travers la mastoïde dans des régions où il n'existe pas de voie naturelle pour l'infection.

IV. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE BERLIN

Séance du 14 mars 1905

Président : PASSOW. — Secrétaire : SCHWABACH

Compte rendu par A. SONNTAG

Contribution à la pathologie de l'oreille moyenne chez le nourrisson (avec démonstrations sur l'appareil de projection), par HAIKE. — L'orateur a eu l'occasion d'observer cinq cas d'otite moyenne tuberculeuse chez des nourrissons dans leur évolution clinique et de les examiner ensuite au point de vue anatomo-pathologique. Quatre enfants ont eu des mères phtisiques; chez le cinquième, la maladie de la mère n'est pas établie. La voie d'infection est, dans presque tous les cas, très nette; dans un des cas, elle peut même être faite macroscopiquement, car il y a des lésions tuberculeuses sur le palais osseux et le voile du palais. Chez les autres, l'affection tuberculeuse a pu être suivie à travers la muqueuse de la trompe jusque dans la caisse, de sorte que la transmission peut être considérée comme due au nettoyage de la bouche par le doigt de la mère tuberculeuse, par sa salive employée pour humecter le biberon, par le lait pris dans la bouche pour être goûté, ainsi que par le baiser. Il n'y a que deux cas où on ne peut savoir si l'infection n'a pas été communiquée à l'oreille moyenne par le crachat de l'enfant lui-même, les poumons ayant été déjà été tuberculeux, ainsi que cela arrive chez l'adulte. Dans les autres cas, on peut conclure, si on tient compte de la destruction avancée du conduit auditif d'une part, et de l'absence de toute affection tuberculeuse des poumons d'autre part (sans tenir compte de l'affection des ganglions bronchiaux qui y est parfois observée), que la tuberculose de l'oreille a été primitive. Bien que la porte d'entrée de la tuberculose doive être recherchée dans la bouche et le pharynx, on ne peut ici néanmoins trouver aucune trace d'une affection initiale, ce qui est conforme avec les résultats des recherches obtenues par Heubner, Finkelstein et Westenhöfer. Quant à la muqueuse de la trompe, on y trouve dans la profondeur, à côté des ulcérations, des tubercules, quoique l'épithélium soit resté indemne, ce qui est opposé à la voie d'infection observée chez l'adulte. D'après les recherches de Schwabach, la trompe de l'adulte ne paraît jamais

être le siège, mais seulement la voie d'infection tuberculeuse. De même on ne trouve que très rarement chez l'adulte une affection tuberculeuse primitive du conduit auditif; généralement elle est consécutive à une autre infection et elle est transmise par la voie du sang. De plus, la destruction causée par la suppuration tuberculeuse de l'oreille est très lente chez l'adulte, tandis qu'elle s'accomplit chez le nourrisson bien plus rapidement. Les premières manifestations de l'affection ont été observées entre la cinquième semaine et le septième mois de la vie de l'enfant; la mort arrivait en quelques semaines ou quelques mois, au plus tard avant la fin du neuvième mois. Dans les trois premiers mois de sa vie, le nourrisson reste généralement indemne, probablement parce que les rapports entre lui et son entourage sont très restreints. Vu l'extrême rareté d'une tuberculose péritonéale, on peut écarter l'hypothèse de l'infection par le lait tuberculeux. Les partisans de la théorie de l'hérédité bacillaire pourraient voir une confirmation de leur opinion dans les destructions étendues de l'os, qu'on pourrait croire avoir eu leur début déjà dans la période fœtale de la vie. Mais la voie d'infection constatée à travers les trompes annihile cette hypothèse. Au point de vue thérapeutique, on pourrait procéder à l'excision des ganglions de la région mastoïdienne, s'ils sont tuberculeux avant que la suppuration de l'oreille soit encore commencée; en outre, on pourrait essayer le traitement antituberculeux et, s'il y a déjà carie, on peut envisager la question de l'opération radicale. Mieux vaut naturellement concentrer ses efforts sur une prophylaxie rigoureuse.

KESTENHOEFER croit qu'il est difficile de discerner, et cela surtout chez des enfants, les processus primitifs des secondaires. Ce qu'on peut faire, c'est de supposer qu'un foyer calcifié représente une affection ancienne, un foyer caséeux, une affection récente. La porte d'entrée principale de l'infection est la bouche; il faut toutefois avouer que ce n'est pas seulement la dentition, mais aussi d'autres causes, comme par exemple des ulcérations aphteuses de la bouche, qui favorisent l'infection.

BRUCHL. La fonte de l'os temporal est parfois très rapide chez le nourrisson, même après une suppuration d'origine non tuberculeuse, de sorte qu'on ne saurait, de l'étendue d'une carie, nullement déduire que la tuberculose serait héréditaire.

PASSOW trouve le tableau présenté très intéressant, la perforation de la caisse dans le labyrinthe s'étant produite au bord de la lame de l'étrier, tandis qu'ordinairement il y a destruction préalable de l'étrier lui-même.

SCHWABACH déclare qu'il est en train de rédiger le rapport d'un cas où cette perforation s'est produite à travers le ligament annulaire. Dans ce cas, concernant une jeune fille de 15 ans, la destruction de l'os, consécutive à une otite moyenne insignifiante, qui n'a pas été tuberculeuse, était tout à fait fantastique. Un cas semblable a été décrit par Habermann.

KATZ demande une explication concernant une préparation d'une otite moyenne purulente hémorragique.

PASSOW avance que, contrairement à l'opinion de Haike, on a, tout récemment, pu constater que la tuberculose péritonéale est une affection plutôt fréquente chez le nourrisson.

WAGNER, au contraire, prétend que la tuberculose intestinale primitive du nourrisson est, d'après ses propres expériences, une maladie très rare.

FINKELSTEIN est du même avis.

HAIKE explique à Katz que dans la préparation en question il ne s'agit pas d'un exsudat hémorragique.

En ce qui concerne la destruction étendue de l'os chez le nourrisson, il la considère plutôt comme un événement rare, et c'est seulement la tuberculose qui détermine régulièrement pareille issue de cette affection.

Tandis que, d'après les recherches de Schwabach, la trompe des adultes n'est atteinte que sur une étendue très restreinte, ses propres cas, au contraire, montrent que la trompe est souvent le siège de l'affection. Quant à la voie d'infection, il est sûr qu'elle peut se produire d'une manière ou de l'autre.

(Traduction par L. REINHOLD.)

V. — SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE ANGLAISE

Lundi, 4^{er} mai 1905.

Président : Thomas BARR.

Compte rendu par R. LAKE (de Londres).

Discussion sur le vertige, sa pathologie et son traitement.

Le Président présente sir Victor HORSLEY et Risien RUSSELL qui ouvrent la discussion.

Sir Victor HORSLEY informe les membres de la Société que c'est son intention de s'en tenir à la rotation vraie, sensation véritable de rotation éprouvée par le malade, ou rotation véritable comme dans les mouvements forcés, cette rotation étant, en règle générale, accompagnée de nausées. Dans un cas de vertige soudain nous voulons savoir quels sont les éléments nerveux atteints : labyrinthe ou noyaux profonds. Il croit qu'au point de vue physiologique il y a analogie marquée avec l'apparition d'une attaque d'épilepsie ou d'une névralgie du trijumeau. Ces troubles physiologiques brusques lui semblent analogues à un état dans lequel il y a une sommation d'excitations. Il pense qu'il est très facile de localiser la lésion quand le labyrinthe est en cause. La seule affection du nerf vestibulaire qui cause le vertige, c'est un néoplasme. Dans la moelle allongée elle-

même, la région des stries auditives et les ventricules latéraux de Luschka étant habituellement englobés dans les néoplasmes de cette région, il est très difficile de différencier une lésion nucléaire d'une lésion du tronc à cause de la pression que les néoplasmes de ces deux régions exercent sur les parties voisines. Dans les maladies du nerf vestibulaire, nous avons à considérer non seulement la rotation vraie qui fournit les seuls moyens d'obtenir une localisation exacte, mais aussi ce trouble de l'équilibre appelé titubation. Il pense qu'une simple affection de l'oreille ne produit pas la rotation vraie, en donnant à ces mots le sens de rotation objective ou de mouvements obligatoires, et que ces derniers n'existent que lorsque les éléments nerveux, c'est-à-dire le tronc vestibulaire ou la paroi labyrinthique, participent à l'affection. L'orateur parle ensuite du cervelet dans ses parties latérales et médiane et il donne les plus grands éloges aux travaux de Magendie; il documente les variétés de mouvements obligatoires en montrant des photographies de cerveaux de lapins, chez lesquels les mouvements forcés avaient lieu quand une seule balle avait frappé une partie du cervelet; il décrit aussi un cas de contusion du pédoncule moyen du cervelet chez un garçon qui avait fait une chute sur la tête. L'orateur résume ensuite avec soin les diverses lésions qui produiraient les mouvements obligatoires et le vertige. Il ajoute que, bien qu'il ait eu souvent l'intention de sectionner le nerf de la huitième paire dans les cas de vertige, les malades ne sont jamais revenus pour se faire opérer.

Risien RUSSELL s'en tient à l'examen du vertige au point de vue clinique. En s'occupant des maladies intracrâniennes organiques, il a été obligé de se restreindre à l'étude des grosses lésions du cervelet ou des lobes temporaux et des lésions extramédullaires à la base du cerveau. Le vertige en lui-même ne fait pas nécessairement de distinction entre une lésion de la base et une lésion de l'oreille; mais il faut soupçonner un état pathologique du cerveau quand, outre les symptômes auriculaires, il y en a d'autres qui sont fréquents dans les paralysies des nerfs crâniens. Ainsi, dans les affections du lobe temporo-sphénoïdal gauche, on rencontre l'aphasie sensorielle. Il est aussi très important de rechercher les signes d'une hémiplégie au début. Dans les grosses lésions du cervelet, en limitant notre attention au vertige seul, nous pouvons distinguer s'il y a affection locale de l'oreille par opposition avec une affection cérébelleuse. Les idées de l'orateur sont corroborées par Grainger Stewart et Gordon Holmes. Ceux-ci ont vu que chez l'homme, dans les lésions extra et intra-médullaires du cervelet, les objets semblaient se mouvoir en allant du côté lésé vers le côté sain, mais que le sens du mouvement variait dans les deux cas; dans les affections intracérébelleuses, les objets semblaient se mouvoir dans la même direction, et en sens inverse pour les affections extracérébelleuses. Quand cette sensation de rotation était accompagnée d'un réel déplacement du corps, le malade tendait à tourner vers le côté atteint dans les lésions extracérébelleuses et en sens inverse dans les lésions intracérébel-

ieuses. Ces observations concordent avec celles d'Adler et de Guye. D'autres affections du système nerveux sont quelquefois observées au début par l'otologiste, telles sont : la sclérose en plaques et l'ataxie locomotrice, lorsque le vertige est un symptôme marqué. Dans ces cas, le concours de l'ophtalmologiste aidera à faire le diagnostic. L'orateur examine ensuite la question de l'épilepsie et son diagnostic d'avec le vertige auriculaire vrai. Il fait allusion au fait que, tandis que dans un cas donné, l'affection de l'oreille peut suffire à expliquer le vertige, d'autres lésions intracrâniennes peuvent cependant exister, et c'est à elles que le vertige était dû en réalité. Le vertige se rencontre aussi dans l'hystérie et la neurasthénie, et l'auteur complète son discours en étudiant le diagnostic dans ces cas.

Le Président félicite et remercie les orateurs.

DUNDAS GRANT dit que les otologistes pourraient faire le diagnostic de la maladie de Ménière, par suite de données insuffisantes; il a vu souvent des médecins commettre cette erreur. Pour lui, il n'a pas vu qu'il fût bien facile d'obtenir une bonne description du sens de mouvement des objets. Il parle ensuite des moyens grâce auxquels nous pouvons localiser le vertige en tant qu'affection de l'oreille. Pour lui, le vertige qui survient dans une affection chronique de l'oreille moyenne est incontestablement un symptôme labyrinthique. Il s'occupe de plusieurs cas classiques et fait surtout allusion à l'usage de la quinine, recommandée par Charcot. L'orateur mentionne les expériences de Dreyfus avec le même médicament et expose les résultats de son expérience de compression de l'artère vertébrale dans le vertige auriculaire à caractère congestif; dans deux cas, il a pu procurer du soulagement par ce moyen.

Richard LAKE : Après avoir émis son opinion sur les paroles prononcées par les orateurs précédents, il décrit plusieurs cas de mouvement forcé et dit qu'il est parfaitement évident que la titubation peut exister et existe quand la lésion siège entièrement dans le labyrinthe. Quant aux cas dus à la goutte, cités par sir Victor Horsley, ils forment une classe à part, dans lesquels il y a toujours une lésion de l'audition; les diminutions de l'ouïe aux épreuves de diapason, dans ces cas, étaient très marquées dans les périodes de vertiges, mais disparaissaient peu à peu au fur et à mesure qu'on s'éloignait du moment de la crise. Il est sûr que les mouvements des yeux ont avec le vertige une relation certaine, tout au moins dans les cas les moins graves.

Urban PRITCHARD fait ressortir combien une discussion de ce genre montre les progrès de la science. Il est d'avis que dans la majorité des cas il n'y a pas de difficulté pour poser le diagnostic, mais que dans 10 % l'otologiste est appelé à la rescousse par les médecins et les chirurgiens. Il attire l'attention sur le fait que, dans quelques cas, la quinine cause une perte marquée de l'équilibre, de même qu'elle provoque la surdité et les bourdonnements.

Sir William HILL : Je m'attendais à voir exprimer ici une opinion plus claire sur la question de savoir si les otologistes ont des motifs

de croire qu'il y a une lésion définie et étendue de l'oreille dans leurs cas de vertige. Pour moi, je ne pense pas que la surdité et les bourdonnements aient une grande importance dans ces cas. Il cite une observation dans laquelle le vertige cessa après l'ablation de calculs biliaires et une autre dans laquelle il était dû à une dilatation de l'estomac. Beaucoup de cas observés par moi n'avaient de lésion marquée en aucune région du corps.

Herbert TILLEY rappelle un cas cité par Risien RUSSELL, cas intéressant à plusieurs points de vue.

WAGGETT : J'aurais été heureux de savoir si Sir Victor Horsley peut démontrer quelque chose au sujet des relations entre le vertige et le nystagmus, et aussi au sujet du diagnostic différentiel des cas dus à l'hystérie et aux lésions organiques, et, en nous citant un cas, montrer la différence dans ces affections.

HUNTER TOD demande des renseignements au point de vue physiologique, sur les cas d'irritation périphérique, comme cause de vertige. Dans ses remarques, il fait allusion à des observations dans lesquelles l'introduction du spéculum ou une autre irritation du conduit provoquait des attaques épileptiformes. Dans la goutte, le vertige débute souvent par la sclérose otique.

Hugh JONES cite deux cas dans lesquels il y eut fracture de la base du crâne. Dans le premier, dans lequel il opéra, mais n'explora pas le labyrinthe, l'ablation d'os éburné au niveau du canal semi-circulaire externe amena le soulagement du vertige. Dans le second, il enleva la paroi externe de l'aqueduc de Fallope pour faire disparaître une paralysie faciale totale; le résultat fut une amélioration marquée et la disparition du vertige.

Sir Victor HORSLEY et Risien RUSSELL répondent en quelques mots aux questions posées par les membres de la Société.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

Dix-septième session ¹

Président : Thomas BARR — Compte rendu par VERGNIAUD (de Brest)

(Suite)

Un cas de guérison de vertige auriculaire par la résection des canaux demi-circulaires, par Richard LAKE. — Il s'agit d'une femme de 31 ans, présentant depuis cinq ans le syndrome : vertiges, vomissements, bourdonnements et surdité progressive; traitée sans succès par tous les moyens médicaux connus.

L'opérateur fit d'abord un évidement pétro-mastoïdien ordinaire, mais en ayant soin d'élargir l'ouverture osseuse, surtout en avant, en haut et en arrière. Il procéda ensuite à l'attaque des canaux demi-

1. Suite et fin d'un compte rendu ancien de Vergniaud qui n'avait pu paraître à son heure.

circulaires. Pour ce deuxième temps il substitua à la pince-gouge, dont il s'était servi jusque-là, des fraises et des forets de diverses grosseurs. En premier lieu, il mit à jour toute la surface extérieure du canal demi-circulaire externe; suivit sa partie antérieure jusqu'à son débouché dans le canal demi-circulaire supérieur qui fut enlevé complètement à l'exception de la partie supérieure de son arche; il revint au bout postérieur du canal demi-circulaire externe, l'ouvrit jusqu'à son confluent avec le canal demi-circulaire postérieur qui fut détruit en entier; enfin il pénétra dans le vestibule et il essaya de détruire la crête auditive.

A cause de quelques fautes d'antisepsie, la plaie fut lavée à la solution phéniquée forte, puis fermée suivant la méthode ordinaire.

Le choc opératoire fut sérieux et dura une heure; pendant les quarante-huit heures qui suivirent, la malade resta couchée en chien de fusil, les yeux complètement clos. Le pansement fut changé le troisième jour, la malade put ouvrir les yeux dont les globes présentaient des mouvements rythmiques de haut en bas et d'un côté à l'autre; le septième jour, elle put s'asseoir; le dixième, elle fit quelques pas; le quatorzième, elle était capable de faire une petite promenade de plain pied mais ne pouvait tourner que du côté droit; lorsqu'elle voulait tourner du côté gauche qui était le côté opéré, elle manquait de tomber. A partir du seizième jour, elle put monter et descendre les escaliers; chaque jour amena une amélioration et, au bout de quatre semaines, elle était capable de faire n'importe quoi sans crainte de tomber. A l'époque de la communication de l'opérateur, plus de trois mois se sont écoulés depuis l'opération; il n'y a plus eu d'attaque de vertige, et la malade jouit d'une santé meilleure qu'elle n'avait eue les années précédentes.

De cette observation on peut conclure que l'opération est indiquée dans les cas où le vertige n'a pu être modifié par aucun traitement, alors qu'il existe en même temps une surdité assez prononcée pour ne pas laisser d'espoir d'amélioration, quoique, dans le cas présent, l'audition ait plutôt augmenté un peu; la voix qui était entendue à trois pieds l'est aujourd'hui à cinq. Quant aux bourdonnements, ils n'ont été modifiés en rien. L'auteur attribue le choc et les symptômes d'irritation cérébrale qui ont suivi l'opération à l'emploi de solution d'acide phénique forte qu'il avait employée.

CHEATLE félicite Lake. Son opération est, à sa connaissance, la première faite avec succès sur le labyrinthe en dehors des cas de labyrinthite suppurée. Il rappelle qu'il a lui-même, il y a déjà plusieurs années, conseillé d'ouvrir le labyrinthe dans les cas de maladie de Ménière.

MILLIGAN dit que l'année précédente il a enlevé avec plein succès les canaux demi-circulaires chez un malade atteint de vertige; le vertige a disparu, mais non le bourdonnement; l'opéré a pu reprendre son travail que ses vertiges lui rendaient impossible. Depuis, il a opéré deux cas semblables, l'un avec succès, l'autre sans succès.

Note sur les indications des interventions opératoires sur le sinus latéral et la veine jugulaire, par NICOFF.

Récentes recherches sur la nature du son des voyelles et leurs rapports avec les mouvements de la membrane du tympan, par Walter COLQUHOUN. — On peut lire les conclusions de ce travail dans le dernier numéro des *Arch. internat. de laryngol.*, page 616.

Note sur l'épreuve de l'ouïe avec les diapasons, par Richard LAKE.

Malformations du palais et leur influence sur les maladies de l'oreille, par KELLY.

Traitement de la surdité et des bourdonnements par les courants à haute fréquence, par James CONNAL.

Cas d'atrésie traumatique du conduit auditif traité chirurgicalement avec succès, par YARELEY. — Présentation de malades et de pièces anatomiques.

VI. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

95^e session, 3 février 1905.

Présidence de J. SYMONDS. — Comptere rendu par A. RAOULT (de Nancy).

Tuberculose du larynx au cours de la grossesse, chez une femme qui fut enceinte quatre fois dans la suite, par Charles PARKER. — Cette femme, âgée de 31 ans, fut atteinte de tuberculose pulmonaire au cours de sa cinquième grossesse. Le larynx fut atteint dans la suite (œdème, ulcérations). La malade fut traitée par la créosote à l'intérieur et des applications locales d'acide lactique. La malade devint enceinte quatre fois depuis, et les lésions tuberculeuses s'améliorèrent du côté du poumon et du côté du larynx. Ce cas est intéressant, car on admet en général que la grossesse donne un coup de fouet à la tuberculose.

Papillome diffus des cordes vocales, par CLAYTON FOX. — L'auteur traite ce cas par des applications d'acide lactique.

Tuméfaction de la corde vocale droite, par EDWARD LAW. — Il s'agit d'un homme de 69 ans, instituteur, qui fut opéré il y a vingt-trois ans (1883) par Whistler pour une tumeur pédiculée siégeant au milieu de la face inféro-interne de la corde vocale droite, à sa partie moyenne et antérieure. En 1901, le malade commença à se plaindre d'enrouement, de toux et d'expectoration souvent sanguinolente. A l'examen on trouve un épaississement de la paroi postérieure du larynx, près de la corde vocale droite. Dans la suite surviennent de la sécheresse de la gorge et de la sensibilité du pharynx à la déglutition, puis de la douleur dans l'oreille droite. Les mouvements des cordes devinrent très difficiles. Felix Semon ne pense pas qu'il s'agisse de cancer, à l'encontre de l'opinion de Seanes Spicer.

Cancer du larynx, par DE SANTI. — La malade, âgée de 35 ans, fut présentée à la dernière session; elle présentait une tuméfaction que l'on pensait être due à la tuberculose. L'auteur enleva une portion de la masse, et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait de cancer à cellules pavimenteuses. Depuis, l'affection a fait des progrès, et le cricoïde est complètement envahi par la tumeur. L'auteur estime qu'il est impossible de pratiquer la laryngectomie, qui n'enlèverait pas toute cette dernière.

Paralysie de la corde vocale gauche, par PAGET. — Le malade, âgé de 40 ans, ne présente aucun signe d'anévrysme.

Laryngite hypertrophique, par PAGET. — La malade a été opérée il y a vingt ans pour un papillome du larynx.

Ulcération récidivante des amygdales accompagnée de lymphadénome, par F.-J. STEWARD. — A trois reprises, depuis 1904, l'auteur vit la malade présentant des ulcérations d'une amygdale avec hypertrophie de cet organe; ces lésions disparaissaient au bout de quelques semaines. Actuellement, une nouvelle poussée réapparaît; les deux amygdales sont atteintes, les ganglions du cou et de l'aiselle tuméfiés, le foie est hypertrophié. Il n'existe pas de leucocytose.

Photographies de tumeur maligne du larynx, par BENNETT. — La tumeur occupait le cartilage aryténoïde gauche, semblant s'étendre en bas, dans le larynx et dans l'œsophage. L'auteur enleva cette tumeur, puis Bond pratiqua l'ablation des ganglions malades et dut lier la carotide gauche, puis il ouvrit le larynx et enleva la moitié gauche. La trachée fut ensuite séparée du larynx et suturée à la peau. La tumeur avait envahi la paroi œsophagienne. Le malade

guérit de l'opération, mais présenta des troubles cérébraux (délire, perte de la mémoire, excitation), puis il mourut d'influenza. L'auteur présente à la Société les photographies des résultats opératoires.

Tumeur du larynx, par DE SANTI. — Le malade, âgé de 60 ans, présente une tuméfaction volumineuse œdémateuse occupant la région aryénoïde et l'épiglotte, du côté droit. Des ganglions volumineux existent du même côté. L'auteur pense qu'il s'agit, sans aucun doute, d'un cancer, quoique l'on ne voie pas d'ulcération.

Chancre de la langue, par Herbert TILLEY. — La lésion est à la pointe de l'organe, un peu à gauche; elle est rouge foncé. Les tissus voisins sont indurés et congestionnés. Il existe deux petits ganglions sous-maxillaires.

Pachydermie laryngée ou tuberculose ? par CATHCART.

Parésie fonctionnelle et organique combinée chez un chanteur, par CATHCART.

Ulcération de la cloison nasale, par BENNETT. — Le malade a été montré à la Société en mars 1902. L'ulcération a envahi tout le septum. Il n'y a pas de traces de tuberculose. Le traitement mercuriel et ioduré, les cautérisations, n'ont eu aucun effet sur elle.

Tumeur de la corde vocale gauche chez un homme âgé de 46 ans, qui a de l'enrouement depuis quinze mois, par STEPHEN PAGET.

97^e session, 7 avril 1905.

Président : J. SYMONDS.

Perforation traumatique (?) de la cloison chez un jeune homme de 17 ans, par H. J. DAVIS. — Le malade travaille dans un milieu rempli de poussières. Il a des démangeaisons constantes dans le nez et l'égratigne fréquemment. Il eut des épistaxis répétées. Il existait une ulcération assez large qui diminua progressivement d'étendue lorsque le malade eut changé de profession et par le traitement (injections d'eau oxygénée et d'une solution de tanin dans les fosses nasales).

Corps étranger des voies respiratoires, par H. J. DAVIS. — Il s'agit d'un enfant de 10 ans qui avala un fragment de crayon bleu;

ce dernier alla se loger dans les voies respiratoires, car la respiration était bruyante. Au moment de l'examen laryngoscopique, le petit malade fit un effort et le crayon passa dans les voies digestives. Il y eut, à la suite, de la dyspnée et de la bronchite.

Cancer du larynx, par JOBSON HOTNE. — La lésion atteint seulement la moitié gauche du larynx; l'auteur pense que la cure radicale est indiquée dans ce cas.

Tumeur de la langue, par KELSON. — Cette tumeur siège sur le dos de la langue au niveau du foramen cœcum; elle est pédiculée et a le volume d'une cerise; il s'agit probablement d'un papillome.

Palais en ogive et déformation du maxillaire dus à de l'obstruction nasale, par LAMBERT LACK. — Cet enfant, âgé de 12 ans et demi, a une paralysie faciale du côté gauche depuis l'âge de 2 ans. La déformation de la mâchoire supérieure et les irrégularités dans la disposition des dents sont moins marqués du côté paralysé que du côté sain. Ce cas viendrait confirmer l'hypothèse d'après laquelle ce serait la tension des parties molles de la joue qui attirerait le maxillaire supérieur en bas et en produirait l'abaissement. Or, du côté paralysé, cette tension n'existait pas et la déformation était bien moins sensible.

Élargissement des narines, par L. F. PEGLER. — Le malade, âgé de 57 ans, présente un élargissement et une déformation du nez par tension, due à la présence de tumeurs bilatérales, non vasculaires, insérées sur le tiers antérieur de la cloison cartilagineuse. L'auteur pense qu'il s'agit de lésions syphilitiques. Sous l'action de l'iodure, les tumeurs ont quelque peu diminué de volume.

Rhinorrhée purulente, par L. F. PEGLER. — Le malade se plaint de violents maux de tête. On trouve par la rhinoscopie des croûtes et du pus semblant venir de la région sphénoïdale. Après l'ablation des deux cornets moyens on explore sans résultat les sinus sphénoïdaux. Le résultat est aussi négatif du côté des sinus frontaux et maxillaires. Après l'ouverture ou le lavage des sinus, il y eut une très légère amélioration de la céphalée.

Fibrome mou de la corde vocale, par H. BETHAM ROBINSON. — Ce fibrome ne donnait lieu à aucun symptôme pendant la phonation. Il était situé sur la corde vocale gauche, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen. Il présentait en un point l'apparence d'angio-fibrome.

Angiome du larynx, par J. SYMONDS. — Le malade se plaignait de toux fréquente. On trouvait à l'examen une tumeur lobulée recouvrant les deux tiers postérieurs de la corde vocale droite, englobant le ventricule et la bandelette. La tumeur diminuait de volume par moments. L'auteur enleva une portion de la tumeur qui fut examinée histologiquement. Il pense que cette lésion était congénitale, et qu'elle s'est accrue par les inflammations catarrhales que le malade présentait dans la suite.

Hyperplasie sous-glottique, par Herbert TILLEY. — La malade rapporte dans ses antécédents des symptômes qui semblent être d'origine syphilitique (éruptions, ulcération du bord des narines, laryngite avec crachements de croûtes et de pus). Elle se plaignait de dyspnée. On trouva à l'examen laryngoscopique une hyperplasie sous-glottique avec parésie des cordes vocales épaissies.

Paralysie des abducteurs associée à d'autres paralysies, par TILLEY. — La paralysie des abducteurs était accompagnée de paralysie de la moitié droite du voile du palais et du pharynx, du sterno-mastoïdien droit, des fibres supérieures du trapèze droit, du jeton de la paupière supérieure droite et de contraction de la pupille. Ces paralysies étaient survenues à la suite d'une attaque où le malade avait perdu connaissance. Près du maxillaire droit existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, située au niveau de la glande sous-maxillaire et pouvant être sentie au niveau du plancher de la bouche. De plus, existait un épaississement mal limité commençant derrière la branche montante du maxillaire et remontant jusqu'à la base du crâne. L'auteur pense que cette masse enserre les branches nerveuses à la sortie du crâne. Le malade n'a aucun signe de syphilis.

Sinusite frontale double, par WAGGETT. — A droite le sinus était divisé par une cloison en deux étages. L'étage inférieur avait été guéri par des lavages répétés, pratiqués par le malade lui-même. La partie supérieure communiquait depuis quelque temps avec le sinus frontal gauche, après nécrose de la paroi intersinusale. Cette portion, ainsi que le sinus gauche, étaient en pleine suppuration. L'auteur a traité ce dernier par la cure radicale (procédé de Killian modifié).

Papillome du larynx, par SYMONDS. — Cette tumeur, lobulée, rouge, était située sur la partie antérieure de la corde vocale gauche.

Cas d'extirpation totale du larynx sept ans après, par SYMONDS. — Cette opération fut pratiquée chez une malade âgée actuellement de 64 ans, pour un cancer du larynx. La malade peut actuellement

se faire comprendre et se livrer à ses occupations (gérance d'un hôtel).

98^e session, 5 mai 1905.

Présidence de J. SYMONDS.

Occlusion osseuse complète de la narine gauche, par DONELAN. — Cette déformation est due à un traumatisme qui a porté sur la cloison osseuse.

Paralysie de la corde vocale droite, par DE SANTI, pour diagnostic.

Polype saignant de la cloison chez un enfant de 9 ans, par WACGETT.

Pulvérisateur pour vaseline liquide, par Felix SEMON.

Nouvel inhalateur de Heryng, présenté par PINKNS.

Rhinite atrophique et pharyngite avec pulsations visibles à la carotide chez un homme de 36 ans, par DONELAN.

Angiome du palais, par LAMBERT LACK. — La malade, âgée de 21 ans, porte depuis un an une tache rouge pâle, de la dimension d'un shilling, sur la partie gauche du voile du palais. Cette tache est sujette à des hémorragies.

Diverticuleux pharyngien s'ouvrant dans le sinus piriforme, par DUNDAS GRANT. — La malade, âgée de 51 ans, se plaint depuis quelque temps de gêne à avaler. Elle porte une tuméfaction allongée à droite du cartilage thyroïde, ressemblant à un paquet ganglionnaire. Cette masse va jusqu'au voisinage de la carotide. En pressant à sa surface on fait sourdre un liquide sprunieux dans la fosse pyriforme. Il semble que des particules de nourriture y pénètrent au moment des repas. Afin de faire la radiographie, on fit avaler à la malade une émulsion de bismuth qui pénétra en partie dans la poche et permit de déceler sa forme et sa situation par les rayons X.

Paralysie faciale gauche, ulcération de l'oro et du naso-pharynx, par H. J. DAVIS. — Le malade se plaint de mal de gorge depuis cinq semaines; il existe une ulcération de la paroi postérieure du pharynx s'étendant dans le naso-pharynx. Depuis huit jours il présente une

paralysie faciale gauche complète. L'auteur pense qu'il s'agit d'un ensemble de lésions d'origine syphilitique.

Ulcération du pharynx, par DUNDAS GRANT. — Cette ulcération, très excavée, dont est porteur un homme de 60 ans, ressemble à une lésion tertiaire; mais l'induration du voisinage est pour l'auteur la preuve qu'il s'agit d'un épithélioma. Il n'y a ni douleur, ni adénopathie.

Ostéomyélite subaiguë du frontal avec empyème du sinus frontal droit, par SCANES SPICER. — Le malade, âgé de 35 ans, se présente avec un énorme gonflement de la région sus-orbitaire droite avec rougeur et douleur, ayant débuté cinq jours auparavant. On crut d'abord qu'il s'agissait d'une sinusite frontale aiguë et on chercha à l'enrayer par des moyens antiphlogostiques. Puis on enleva le cornet moyen qui était tuméfié; en dessous on trouva des masses poly-pôides, mais on ne put pénétrer dans le sinus frontal. Enfin on se décida à l'intervention du côté du frontal et on trouva un os nécrosé tout autour du sinus fort petit, cette nécrose s'étendant surtout en dehors de la cavité sinusale. Cet os malade fut enlevé et eurenté; la guérison se fit rapidement.

VII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 5 mai 1905

Président : professeur FRAENKEL. — Compte rendu par Max SCHEIER.

Rapport sur quelques expériences avec la méthode d'exploration directe des voies respiratoires supérieures, par E. MAYER. — L'orateur aborde l'autoscopie de Kierstein, qui ne donne de résultats positifs que chez un petit nombre de malades; elle rend principalement de grands services chez les enfants, surtout quand il s'agit d'opération, comme par exemple pour papillome laryngé chez l'enfant ou formation de membranes de la glotte.

Contrairement à Killian, il est d'avis que la bronchoscopie relève strictement du domaine du laryngologiste et non pas de tout chirurgien. Pour lui c'est l'anévrisme de l'aorte et certaines tumeurs malignes qui la contre-indiquent. Il s'est souvent servi de cette méthode à l'occasion de sténoses trachéales produites par compression due au goitre. Dans un cas il a pu extraire d'une bronche un tampon d'ouate.

SENATOR relate trois cas de la clinique de Moritz Schmidt. L'un de ces cas concerne un enfant qui avait avalé une aiguille. La radiographie a fait découvrir ce corps dans une bronche. Le lendemain, les rayons X n'ont plus réussi à faire découvrir l'aiguille qui, quelques jours plus tard, fut éliminée par l'anus.

Nouvelle fonction de la corticale du cerveau et nouveau réflexe du larynx, par J. KATZENSTEIN. — Le larynx est chargé de deux fonctions physiologiques, de la phonation et de la respiration. L'action de deux parties du larynx est, selon les conceptions actuelles, une action bilatéralement symétrique.

Semon dit que si l'on pouvait réussir à élargir par la respiration volontairement une seule partie du thorax, de ne respirer qu'avec un seul poumon, de ne contracter qu'une partie du diaphragme, on pourrait également très probablement produire l'innervation d'une seule moitié du larynx. Or, il y a nombre de gens qui, comme par exemple l'orateur lui-même, ont la faculté de faire principalement des mouvements unilatéraux du thorax et du diaphragme. Engagé par l'orateur, un acrobate très répandu a essayé de s'exercer dans les mouvements unilatéraux du larynx. Après dix jours d'exercice, cet individu avait acquis la faculté de faire des mouvements isolés avec le cartilage arythénoïde droit. Masini a fait l'observation qu'en excitant une « aréa de Krause » avec des courants faibles, il a pu provoquer le mouvement d'une des cordes vocales, l'adduction de la corde vocale opposée. Cette expérience de Masini contribuait à l'explication de la paralysie des cordes vocales unilatérales ayant comme point de départ la corticale du cerveau. Les essais d'extirpation de Krause et d'Ivanow confirment l'expérience de Masini; l'excitation du centre moteur du larynx droit de Krause a eu pour suite la dégénérescence secondaire à travers la capsule interne, le noyau latéral du thalamus optique, le *lupus niger*, le nœud médial et le faisceau pyramidal jusqu'au bulbe dans le rayon du noyau du pneumogastrique du côté opposé. En revanche, aucun expérimentateur après Masini n'a pu réussir, en excitant le point de Krause, à reproduire expérimentalement le phénomène observé par lui.

Katzenstein contrôla les résultats des expériences faites par Masini en excitant le point de Krause avec des électrodes unipolaires ainsi qu'avec des électrodes doubles tout minces, arrangées de telle sorte que leurs extrémités se trouvaient tout à fait rapprochées l'une de l'autre.

Ainsi pratiquée, l'excitation unipolaire du centre moteur du larynx de Krause a provoqué, tout comme l'avait obtenu Masini, l'adduction de la corde vocale opposée; dans quelques cas, adduction de la corde vocale du même côté. A l'excitation bipolaire du point de Krause au contraire, les deux cordes vocales s'approchaient de la ligne médiane. Or si l'excitation, partant du point de Krause, allait jusque dans le rayon situé entre la première et deuxième circonvolution, il se produisait, si l'on excitait par exemple le côté gauche, une contraction de la moitié gauche de la langue, ainsi qu'une contraction des angles labiaux, surtout du côté gauche, et du voile du palais tout entier.

Si l'excitation était exercée sur la seconde circonvolution, il se produisait, partant de ce point, des contractions dans le larynx et un phénomène qui, jusqu'à présent, est demeuré inconnu. Ces contractions n'étaient point uniformes. C'est ainsi qu'en excitant la pointe anté-

rière de la seconde circonvolution gauche, on obtenait successivement la contraction de la corde vocale droite, ensuite, mais après un intervalle, la contraction de la corde vocale gauche. Quand l'excitation est exercée sur des parties se trouvant encore plus latéralement situées, on obtient l'adduction de la corde vocale homonyme (gauche); en excitant au moment où les cordes vocales se trouvent en adduction, c'est souvent l'abduction qui se produit. Si au contraire l'excitation est faite, les cordes vocales se trouvant en abduction, on obtient alors souvent l'abduction de la corde vocale opposée (droite). Il s'ensuit qu'en dehors du centre moteur du larynx de Krause situé dans la première circonvolution, on peut établir l'existence d'un second centre moteur du larynx placé chez le chien, dans la seconde circonvolution du cerveau. Ce centre ne se trouve encore mentionné nulle part.

Les réflexes connus jusqu'aujourd'hui sont d'après l'opinion courante toujours bilatéraux. Katzenstein a décrit en commun avec Dubois-Raymond un réflexe du trijumeau expirateur, provoqué par excitation de la muqueuse du nez. Il a également trouvé que si l'on touche avec une sonde la muqueuse laryngée d'un côté, il se produit un mouvement de la corde vocale du même côté vers la ligne médiane. Ce réflexe unilatéral du larynx se déclare plus nettement quand on touche la muqueuse dans le pourtour du cartilage aryénoïde. Il s'agit là d'un réflexe médullaire. Si l'on pratique chez l'homme le sondage du larynx, on provoque immédiatement un spasme glottique. On obtient en revanche, parfois, le réflexe unilatéral en passant une petite quantité de cocaïne sur la muqueuse du larynx avant de procéder à son attouchement.

(Traduction par L. REINHOLD.)

VIII. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE AUTRICHIENNE

Séance du 28 novembre 1904

Président : H. POLITZER. — Compte rendu par L. REINHOLD.

Thrombo-phlébite infectieuse du sinus latéral à la suite d'otite aiguë, par ALEXANDER. — Il s'agit d'un homme de 37 ans, admis le 5 novembre 1904. Sa maladie date du mois d'août. Depuis ce temps, douleurs dans l'oreille et l'apophyse mastoïde, maux de tête et dureté de l'ouïe; depuis le commencement d'octobre, écoulement; pas de fièvre, pas de frissons.

État de l'oreille droite : conduit rétréci, épiderme macéré; au fond, du pus fétide. Derrière l'oreille, au niveau de l'apophyse mastoïde, une tumeur hémisphérique fluctuante, de la grosseur d'une pièce de deux francs. Elle est douloureuse spontanément et à la pression.

Oreille gauche : membrane du tympan opaque; les vaisseaux du manche du marteau injectés; le Weber latéralisé à droite; le Rinne

positif avec transmission osseuse légèrement prolongée; la perception des sons graves abaissée; montre à l'os positive.

L'état subjectif du malade est bon; température 37° à 37° 5.

Opération (Alexander) le 7 novembre : le périoste mastoïdien non altéré, l'intérieur ramolli, rempli de pus et de granulations. Dans l'antre, du pus épais. Le ramollissement de l'os s'étend jusqu'à la pointe de l'apophyse mastoïde, en arrière jusque dans le sinus et l'os occipital, en haut jusqu'à la dure-mère de l'étage moyen de la base du crâne. Évidemment des parties malades; la dure-mère se trouve mise à nu ainsi qu'une partie du sinus latéral; autour du sinus, du pus fétide; dure-mère et paroi latérale du sinus recouvertes de granulations gris rougeâtre. Incision du sinus : on se trouve en présence d'une thrombo-phlébite purulente, la circulation étant restée réduite seulement à un passage axial. Section horizontale à la partie inférieure de l'abcès des parties molles et évacuation complète de celui-ci.

L'évolution de la plaie s'accomplit sans réaction; le 12 novembre, premier changement du pansement, ensuite tous les deux jours. Suture secondaire; le drainage se faisant par l'angle inférieur de la plaie est maintenu.

Le malade quitte l'hôpital le 25 novembre; le traitement ultérieur se fait à la clinique.

L'examen bactériologique, pratiqué à deux reprises, avait un résultat analogue pour le pus de l'abcès et du thrombus : des diplocoques prenant le gram, parfois encapsulés. Par la culture on obtient des colonies d'un diplocoque qui se distingue *par une structure glaireuse des colonies sur l'agar*, mais qui ne semble pas autrement différent du diplocoque de la pneumonie. Il reste à savoir si l'évolution de la thrombo-phlébite dans le cas présent doit son extrême bénignité à cette espèce de diplocoque.

Un cas d'opération radicale sous anesthésie locale d'après Neumann, par ALEXANDER. — L'opération réussit aussi bien que celles pratiquées sous anesthésie générale. Il y avait destruction avancée jusque dans le sinus et la fosse moyenne du crâne. L'opération dura 45 minutes; l'opérateur avait l'impression de travailler sur un sujet narcotisé. Cette méthode présente de réels avantages, surtout vis-à-vis de la méthode de Schleich.

Les conséquences d'une opération de mastoïdite mal exécutée, par Victor URBANTSCHITSCH. — Il s'agit d'un enfant de 10 ans, atteint d'une otite moyenne purulente. A cause des douleurs dans l'oreille qui se déclarèrent au cours de la maladie, une intervention opératoire derrière l'oreille gauche fut jugée nécessaire.

Quelques jours après, l'enfant est en proie à des convulsions qui comprennent les membres supérieurs et inférieurs. Il y a en même

temps absence complète de connaissance. Huit jours plus tard, il survient du strabisme interne double; l'œil droit louche cependant beaucoup plus que l'œil gauche. Il s'y ajoute de la ptose de la paupière droite, ainsi que de la céphalée, celle-ci surtout dans le plan supra-orbital. Inappétence, dépérissement. Ainsi s'écoulent plusieurs semaines. L'état allant de pis en pis, le voyage à Vienne est décidé. Le malade est amené chez moi.

État du malade le 1^{er} novembre : enfant extrêmement affaibli; otorrhée abondante de l'oreille gauche avec perforation dans la partie inférieure de la membrane du tympan; la plaie opératoire se trouvant de beaucoup trop en arrière de l'oreille, il n'y a pas d'accès d'ici à l'apophyse mastoïde; en revanche, on peut, vu la profondeur de la plaie, supposer qu'elle aboutit dans la cavité crânienne. Une couche de granulations très épaisse remplit presque entièrement la plaie opératoire. En outre, strabisme interne des deux yeux, surtout développé à l'œil droit, qui, en outre, est atteint de ptose de la paupière supérieure. Douleurs vives dans l'œil droit, surtout au niveau des sourcils.

L'opération est décidée. Narcose. Examen de la plaie de la première opération. Aucun accès dans l'antre. On procède alors à l'ouverture de l'apophyse mastoïde. Celle-ci se trouve remplie de pus et de granulations. L'attique étant également atteint, on exécute l'opération radicale. Toutes les parties malades éliminées, on peut constater, une fois de plus, que l'opération primitive n'a point donné accès à l'oreille moyenne, l'incision opératoire se trouvant de beaucoup trop en arrière.

Le lendemain de notre opération, l'état de l'enfant est amélioré; la ptose et le strabisme excessif, du côté droit, ont presque entièrement disparu. Point de douleurs. Trois jours plus tard, le strabisme s'accroît de nouveau, ainsi que la ptose de l'œil droit. Dans le courant des deux semaines qui suivirent l'opération, l'état général empira, quoique l'oreille conservât son état satisfaisant. Céphalée, douleurs dans l'œil droit, inappétence. Il survient des vomissements; l'examen du fond des yeux fait voir une congestion passive de la papille optique des deux côtés. Dans ces conditions, on est en droit de supposer l'existence d'une complication endocrânienne; les granulations surgissant sur le terrain de l'opération faite primitivement, donnant issue à une quantité assez considérable de pus, le diagnostic d'une collection de pus extradurale, dans l'étage postérieur du crâne, devient probable. Narcose. Enlèvement des dites granulations; pendant qu'on fraye le chemin vers la dure-mère, on tombe sur une masse jaunâtre qu'on reconnaît être de la mèche de gaze iodoformée. Extraction de celle-ci avec une pince. C'était une mèche très longue, placée dans l'étage du crâne, de sorte que la dure-mère du cercelet se trouvait séparée de l'os sur l'espace du diamètre d'un index. La dure-mère elle-même n'était pas altérée; il n'y avait de pus nulle part. Tamponnement occlusif et pansement ordinaire.

Dès ce moment toutes les manifestations alarmantes disparaissent. Plus de céphalée, ni de vomissement; disparition de la ptose et du strabisme de l'œil droit après une semaine. L'appétit revient, l'état général s'améliore.

Aujourd'hui, c'est-à-dire quinze jours après que le tampon fut enlevé, on voit encore du strabisme léger des deux côtés. La papille est cependant toujours en état de congestion, mais ceci n'est pas surprenant, la disparition des causes de la congestion n'étant pas immédiatement suivie de la disparition de l'hypérémie papillaire elle-même; au contraire, celle-ci leur survit généralement de plusieurs semaines.

Un cas d'abcès périostal opéré il y a deux mois, par BONDY. — Otorrhée depuis un an. Une semaine avant l'opération, fièvre très forte. Trois jours auparavant, il se développe une tumeur derrière l'oreille gauche, qui s'étend rapidement sur toute la tête. Température à l'admission 38° 2; à 10 heures du soir, frissons, température 40° 1; œdème du front et des paupières; le malade est apathique.

L'enflure est surtout prononcée au-dessus de l'os pariétal gauche; fluctuation jusque vers l'oreille gauche. Du fond de l'oreille il s'écoule du pus fétide. La membrane du tympan ne peut pas être aperçue.

Opération : A l'incision rétro-auriculaire il s'échappe un quart d'un litre de pus. Une contre-incision au sommet de l'enflure. Opération radicale. On découvre un cholestéatome purulent.

L'évolution de la plaie s'accomplit sans fièvre. Huit jours plus tard, suture secondaire de l'abcès des parties molles. L'abcès peut être considéré comme abcès par congestion, le malade s'étant alité dès le début de la maladie et étant resté continuellement couché sur le côté gauche.

Nouvel appareil pour le lavage de l'antre, par ERNEST URBAN-TSCHITSCH (description détaillée ultérieurement).

La surdité vis-à-vis des mélodies, par ALT. — C'est ainsi qu'il nomme la perte de la faculté de comprendre une mélodie. Jusqu'ici cette infirmité a été appelée surdité des sons, terme qui n'est pas juste, puisque les malades de cette catégorie entendent très bien les sons séparément et qu'ils peuvent les distinguer quant à leur hauteur. Ce qui est caractéristique pour cette maladie, c'est que l'ouïe pour des bruits et sons est intacte, et que l'entendement n'est aboli que pour les mélodies. C'est une maladie qui se manifeste isolément, formant ainsi une affection distincte; c'est une infirmité congénitale, fonctionnelle et isolée; elle se combine cependant souvent avec l'aphasie sensorielle simple ou sous-corticale et sensorielle. Il s'agit d'un processus cérébral où l'association et la coordination des

phénomènes centraux, nécessaires pour l'entendement des mélodies, sont troublées ou suspendues.

VICTOR URBANTSCHITSCH mentionne, dans la discussion, avoir observé chez les sourds-muets qu'au début des exercices avec des sons musicaux, ces malades prennent pour le même son deux sons différents, qui diffèrent même de trois à quatre octaves, mais on parvient, par un exercice continu, peu à peu, à leur faire distinguer des intervalles plus petits, et finalement même les sons l'un de l'autre de toute une échelle.

POLITZER ajoute que des mi-idiots et idiots sont souvent pourvus d'un entendement musical extraordinaire.

(Traduction par L. REINHOLD.)

IX. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE

Séance du 7 décembre 1904

Président : Professeur O. CHIARI. — Compte rendu par L. REINHOLD.

Trois cas d'atrésie choanale congénitale, par KAHLER. — Ces cas contribuent à confirmer la théorie de Kørner-Waldow concernant l'influence de la respiration buccale sur la formation du palais. Ils présentent en effet une *chamaeprosopie* combinée à un palais très haut.

Un morceau d'os retiré du larynx d'un homme de quarante ans, par KAHLER. — Cet os se trouvait depuis sept jours enchâssé dans la partie postérieure du larynx, au-dessous de la glotte, et occasionnait de forts troubles sténotiques. Après cocaïnisation, il fut extrait à l'aide de la pince de Schrötter.

Une blessure singulière dans la gorge, par FEIN. — Il s'agit d'un corps étranger aigu qui, plus tard, s'était montré être une partie d'un tendon ossifié d'une cuisse de perdreau; celui-ci pénétra à la hauteur de l'épiglotte dans la muqueuse de la partie postérieure du pharynx et, s'étant glissé au-dessous de celle-ci, il revint avec sa pointe à la surface, à la manière d'une épingle fixée dans de l'étoffe. Fein croit que c'est le premier cas décrit de blessure si curieuse, quoique très bénigne.

CHIARI avance que des « percements » semblables ont été déjà constatés plusieurs fois, parmi d'autres, par Schrötter.

Résection sous-périchondrale du septum dévié, par CHIARI. — Il recommande de former, en pliant fortement le septum à sa convexité, une arête verticale; on fait une incision le long de cette arête à tra-

vers les parties molles jusqu'au cartilage. De là, on détache, en avant et en arrière, les parties molles, d'abord avec la pince et un bistouri ou des ciseaux courbes, ensuite avec un élévateur. Le lambeau antérieur est facilement déplacé en avant à l'aide d'un spéculum nasi à deux plaques. Ainsi on a mis à nu la partie antérieure du cartilage dévié, qu'on tranche en avant, en haut et en bas, et qu'on détache des parties molles de la face concave jusqu'à la ligne de flexion, pour la séparer alors complètement de celle-ci. Ensuite on enlève, en partant de la jambe postérieure de l'arête, également après avoir préalablement détaché les parties molles, autant que nécessaire, du cartilage quadrangulaire, de la lame verticale de l'os ethmoïde et du vomer, jusqu'à ce que le nez devienne complètement libre. Pour terminer, on fait une suture, si possible, des lambeaux verticaux de la muqueuse provenant de l'incision primitive. Tamponnement double pour terminer l'intervention.

Un cas d'ulcération de la voûte palatine, par A. HEINDL. — Jeune fille de 27 ans. Ces ulcères récidivants avaient un bord décollé et étaient entourés de petits nodules. Il résulta une perforation dans le nez et la perte de la luette. Il y a un an, examen microscopique des quelques parties provenant de ces ulcères; diagnostic : tuberculose. Traitement avec de l'acide lactique; amélioration légère. Mais le processus guérit définitivement seulement après une cure antisyphilitique. Aujourd'hui les bords de la perforation sont lisses, cicatrisés. Ni les antécédents, ni l'examen de la malade n'ont donné un indice permettant l'hypothèse d'une affection syphilitique.

X. — SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DANOISE

Séance du 22 février 1905

Compte rendu par MENIER (de Figeac).

Un cas de mastoïdite, par G. KRÄR. — Il y avait dans ce cas un gonflement très considérable le long du sterno-cléido-mastoïdien; à l'opération on ne trouva qu'une mastoïdite ordinaire, pas d'abcès sous-périosté ni de pus dans la tumeur du cou. La tête reprit sa mobilité cinq jours après l'intervention.

Présentation de l'appareil de Becks pour le traitement à l'air chaud, par JÖRGEN MÖLLER. — Le courant d'air passe sur une petite lampe à incandescence de forme allongée et entourée d'un manchon métallique.

Adhérences syphilitiques du voile du palais avec la paroi pharyngienne, par Sophus BENTZEN. — Adhérence presque totale. Voix un

peu nasonnée; pas de troubles. Le malade ignorait l'existence des adhérences. Syphilis remontant à dix-neuf ans.

Séance du 29 mars 1905.

Affections rares du pharynx, par von SCHMIEGELOW.

A. *Deux cas de cancer primitif du naso-pharynx.*

B. *Sarcome fuso-cellulaire du pharynx. Opération. Guérison.*

La tumeur du volume d'un œuf de poule, à base large, fut enlevée, en juin 1903, à l'anse chaude. Pas de récurrence. Présentation du malade.

C. *Lympho-sarcomes multiples du pharynx traités avec succès par les rayons Röntgen.*

Mastoïdite aiguë à longue durée, par JÖRGEN MÖLLER. — Trois mois après le début de la mastoïdite, douleurs brusques et gonflement de l'apophyse; infiltration des régions latérale et occipitale du cou, ayant l'aspect d'un vaste abcès. A la trépanation on trouve une cavité de 3 à 4 centimètres au sommet de l'apophyse. Guérison. La couche corticale de l'apophyse n'était nulle part rompue.

Présentation d'un malade avec syphilis du nez, du palais et de l'apophyse alvéolaire, par K. NÖRREGAARD.

Présentation de deux malades opérés de mastoïdite, par K. NÖRREGAARD. — Ils ont subi dans l'enfance l'opération radicale, mais, depuis, n'ont presque pas été traités. Suppuration fétide continuelle. Ces malades ont besoin toute leur vie d'une surveillance médicale.

Séance du 29 avril 1905.

Abcès épidual de la région temporale et abcès du lobe frontal. Opération. Guérison, par G. KIÄR.

XI. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 13 octobre 1905.

Compte rendu par MENIER (de Figeac).

Présentation d'une malade opérée pour suppuration chronique de l'oreille avec phénomènes de rétention, par HASKINS. — Il y avait paralysie faciale. On trouva que l'antre était plein de pus; le facial était à nu sous des fragments d'os nécrosé; le sinus était aussi

à découvert près de la cavité osseuse malade. La paralysie n'a pas rétrogradé; la paroi de la caisse n'est pas encore épidermisée. La malade a une affection du sommet du poumon droit.

MAC KERNON fait ressortir la nécessité d'une intervention précoce dans ces cas.

HARRIS : Les cas à substratum tuberculeux ne présentent pas, le plus souvent, d'envahissement de la paroi labyrinthique par la nécrose osseuse.

PHILLIPPS : Quand on soupçonne la tuberculose, il faut examiner le pus de l'oreille moyenne et rechercher les bacilles.

Présentation de corps étrangers du conduit, par HASKINS.

Présentation d'un temporal avec anomalie de la fosse jugulaire, par ALDERTON.

Sur l'anatomie chirurgicale du facial, par ALDERTON.

PHILLIPPS : Je suis d'avis que, jusqu'à 15 mill., il n'y a aucun danger de blesser le facial et qu'au-dessus du plancher de l'*aditus ad antrum* on peut enlever de l'os malade sans risquer de blesser le nerf. Le protecteur de Stacke est parfait pour ceux qui n'ont pas l'habitude de l'opération.

BERENS présente un temporal sur lequel le facial, dans sa partie descendante, a un trajet très oblique. Souvent ce nerf a un trajet anormal.

A. KNAPP : Dans notre opération radicale, la région la plus dangereuse est le *sinus tympani*.

DENCH cite des cas dans lesquels la paralysie survient après l'opération et est due à la compression du nerf mis à nu, mais non lésé. De même une névrite infectieuse peut être consécutive à l'opération radicale.

MEYERHOF : Le protecteur de Stacke, inventé pour l'opération type, est inutile aujourd'hui que nous opérons le plus souvent d'après le procédé de Zaufal.

BRANDEGEE : Récemment, j'ai opéré un cas dans lequel la paralysie faciale ne survint que 48 heures après l'opération.

LEDERMANN : Il est bon d'avertir les malades de la possibilité d'une paralysie faciale passagère.

KERRISON : Je me suis convaincu, par des mensurations, que la distance entre la coque de l'apophyse au niveau de l'épine de Henle et de l'*aditus* est rarement supérieure à 12 mill. Les mensurations de Alderton (15 mill.) ne seraient donc pas exactes.

H. KNAPP : Il peut arriver à chaque opérateur d'avoir, par exception, une paralysie faciale, quelles que soient les précautions avec lesquelles il opère.

XII. — ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 28 novembre.

Compte rendu par E. BOTELLA (de Madrid)

*(Suite)**Séance du 9 janvier.*

Sur la possibilité et le mécanisme de la compression brusque de la moelle et la mort qui s'ensuit dans les cas d'élimination par nécrose syphilitique du corps de la troisième cervicale, par TAPIA. — Il démontre que la nécrose totale du corps de la troisième cervicale, avant et après l'extraction des fragments, peut produire une compression brusque de la moelle et que cette compression peut amener la mort. Il montre des schémas à l'appui.

FORNS pense que quand le corps d'une vertèbre vient à manquer, il reste les crochets ou languettes de celle qui est au-dessus et qui empêchent la chute de cette dernière; de plus, les apophyses transverses et les pédicules s'opposent à cette chute. Le tissu condensant et le tissu cicatriciel donnent une résistance suffisante et donnent au tissu sclérogène son immobilité et sa résistance.

LOPEZ DURAN cite le cas d'une fillette atteinte de nécrose du corps d'une vertèbre cervicale et qui mourut subitement en faisant un mouvement brusque, alors qu'on voulait lui mettre un appareil immobilisateur.

BOTELLA. On ne peut mettre en doute la possibilité de la mort subite dans les cas où, pour une cause quelconque, le corps de la troisième cervicale manque. Il cite le cas d'un garçonnet, mort subitement à l'hôpital; il rapporte plusieurs cas analogues. Il eut un malade présentant une condition semblable, et avant de faire l'extraction du séquestre, il plaça un appareil à la dextre. Dans beaucoup de cas, l'organisme se protège lui-même, c'est pourquoi les malades auxquels manque le corps d'une ou de plusieurs vertèbres cervicales ne meurent pas tous. Cependant, si l'accident est possible, s'il s'est produit, pourquoi ne pas essayer d'y obvier?

FERNANDEZ SANZ. La compression brusque de la moelle par nécrose de la troisième cervicale amène la mort par lésion des fibres nerveuses qui donnent naissance au nerf phrénique et par suite par inhibition respiratoire. Du reste, les lésions ne sont pas limitées au point comprimé; elles peuvent s'étendre en bas et en haut, la zone de *pénombre* traumatique arrivant, dans ce dernier cas, jusqu'aux centres bulbaires.

MARQUEZ, VALLE Y ALDABALDE et PEREZ JABREJAS interviennent dans la discussion. Leurs idées sont absolument les mêmes que celles du plus grand nombre et ils croient que, dans ces cas, il est indispensable d'appliquer un appareil d'immobilisation.

TAPIA donne comme résumé général de la discussion les conclusions suivantes :

1^o Dans les cas d'élimination du corps nécrosé de la troisième cervicale, il peut se produire la compression brusque de la moelle, et la mort peut survenir.

2^o Quelquefois, la nature peut triompher du danger, cependant, en présence de la gravité de l'accident possible, la règle doit être d'appliquer un appareil inamovible.

Séance du 16 janvier.

Un cas de paralysie traumatique du facial, par FERNANDEZ SANZ.

— Homme de 32 ans qui, en travaillant, reçut un violent coup sur la région temporo-pariétale gauche ; pas de perte de connaissance ; il eut une abondante hémorragie par l'oreille gauche ; au bout de vingt-quatre heures, perte de connaissance et délire d'une durée de vingt-deux jours, le malade étant dans un état demi-comateux, miction et défécation involontaires ; amélioration lente, surdité et paralysie faciale, avec diminution de l'acuité visuelle.

État actuel : paralysie totale du facial gauche, paralysie de la moitié gauche du voile du palais ; analgésie de la moitié gauche de la langue, bourdonnements de l'oreille gauche, abolition de l'audition (osseuse et aérienne) des deux côtés et diminution de l'acuité visuelle.

Il s'agit donc d'une paralysie du facial par fracture du rocher ; les autres troubles s'expliquent par extension traumatique ou par le processus méningé consécutif.

Le traitement consistera à anastomoser le bout périphérique du facial au spinal ou à l'hypoglosse.

GOYANEZ regarde la paralysie traumatique et les autres troubles comme des phénomènes basilaires dus à la méningite.

BOTELLA rend compte d'un nouveau procédé d'anesthésie locale pour les petites opérations sur l'oreille.

Ce procédé est celui de Neumann que Botella a vu pratiquer à Vienne par l'auteur. Il consiste à faire, après avoir désinfecté le conduit, juste à l'union du conduit cartilagineux et du conduit osseux, une injection sous-périostée d'une solution chaude de cocaïne à 1 % avec quelques gouttes d'adrénaline. L'injection se fait avec la seringue spéciale, inventée par Neumann.

Cas de troubles de motilité du pharynx et du larynx, par TAPIA. —

Malade de 58 ans qui rejette les liquides par le nez, avale mal et est enroué. On vit à l'examen qu'il avait une hémiparalysie du voile, du pharynx et du larynx, une parésie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, sans traces de paralysie faciale. C'est un cas évident de

syndrome de Schmidt. La cause est une tumeur dure, située au fond de la région parotidienne droite, comprimant le pneumogastrique et le spinal, ainsi que le grand sympathique. Le malade fut envoyé à l'hôpital général où il mourut sans avoir été opéré, à cause de la grande étendue du cancer. Tapia fit la nécropsie avec BOTELLA ; le diagnostic clinique fut confirmé ; on vit aussi que le facial ne prend pas part à l'innervation du voile du palais, car ce nerf était indemne. Le pneumogastrique-spinal et le sympathique étaient englobés par la tumeur.

BOTELLA dit que la clinique et l'expérimentation ont démontré le mal fondé de l'opinion de Longet ; ce cas de syndrome d'Avellis est une preuve de plus que l'innervation du voile est exclusivement due au vago-spinal (suivant la théorie de Willis), à l'exception cependant du péri-staphylin externe qui est innervé par le trijumeau au moyen d'un filet que lui envoie, près de son origine, le nerf du muscle ptérigoidien interne, branche du nerf maxillaire inférieur.

MARQUEZ qui examina le malade vit du myosis palpébral et pupillaire, signes de compression du sympathique.

(Traduction par MENIER, de Figeac.)

III. — BIBLIOGRAPHIE

I. — **Les maladies du nez et du cavum**, par Charles ZARNIKO, de Hambourg, 2^e partie. Nosographie et thérapeutique particulière, 460 pages et 71 figures et nombreuses indications bibliographiques annexées à chaque chapitre. Berlin 1903, chez Karger.

Entre les livres très élémentaires du débutant et les monographies ou les traités très développés que consultera le spécialiste exercé, il y a place pour des ouvrages d'un caractère intermédiaire, tels que celui de Zarniko. Bien que l'intention de l'auteur soit de s'adresser surtout aux praticiens, ayant déjà une éducation médicale générale assez complète, mais fort peu versés encore dans la rhinologie, nous pouvons l'assurer que son but est trop modeste, car il a traité avec tant de conscience, d'érudition, d'esprit critique les différentes affections nasales, que le nombre de ses lecteurs peut être élargi grandement sans inconvénient aucun. Nous le louons fort, pour commencer, des excellentes indications bibliographiques dont son œuvre fourmille à l'exemple de celle de Bresgen, de celle de Blau et Jacobson, du grand traité d'Heymann. On sait les services que peuvent rendre ces renseignements à celui qui désire faire des recherches dans la bibliographie médicale. Celle-ci devient si touffue qu'il est très facile de s'y égarer.

Comme dans la première édition, on trouvera, dans les peintures que nous fait Zarniko des maladies assez nombreuses du nez et du cavum que l'on admet actuellement, une grande concision et une grande lucidité d'exposition, qui lui permettent d'utiliser, sans confusion aucune, une énorme masse de matériaux recueillis dans les auteurs récents et une foule de remarques personnelles intéressantes. Celui qui veut avoir une opinion à la fois très claire et très complète de l'état actuel de la rhinologie fera bien de lire attentivement le présent ouvrage. Il peut être sûr d'en tirer le plus grand profit, et, s'il diffère parfois d'opinion avec l'écrivain, il n'en admirera pas moins la franchise avec laquelle ce dernier s'attaque aux problèmes les plus ardues. Parfois ceux-ci sont encore insolubles. Zarniko l'avoue sans détour; et ceci vaut beaucoup mieux que des hypothèses plus ou moins plausibles, que les recherches de demain feront oublier, et qui risquent d'entraver les progrès de la science.

La partie pratique a reçu les développements les plus importants; par conséquent il ne faudra pas s'étonner de la place accordée au diagnostic et au traitement. Mais l'auteur n'expose que les médications sur lesquelles il possède une expérience personnelle suffisante; car il est préférable, ainsi qu'il le fait remarquer, de n'avoir qu'un bon moyen à sa disposition que d'hésiter entre dix autres de valeur incertaine.

Les gravures sont nombreuses et ceci a toute notre approbation;

car une figure bien faite, même un simple schéma, résout bien des difficultés d'interprétation.

Nous avons dit tout le bien que nous pensions de la première partie de cette œuvre consacrée à la propédeutique. Pour profiter de ses études ultérieures plus spécialisées, le débutant a besoin en effet d'un entraînement indispensable, d'une préparation raisonnée, qui lui donnent des idées générales, sans lesquelles il ne saurait grouper et coordonner ses futures acquisitions.

Zarniko¹ débute, dans sa deuxième partie, en nous exposant les *malformations* du nez et du cavum, sur lesquelles de récents travaux, la plupart analysés dans ces Archives, ont porté un peu plus de lumière. L'obstruction des choanes a, comme on le sait, attiré spécialement l'attention des chercheurs. Nos traités classiques ne nous fournissent que des renseignements assez maigres sur ces désordres architecturaux congénitaux ou acquis, qui, malgré leur rareté relative, présentent un intérêt incontestable. Aussi croyons-nous devoir insister un peu.

Les malformations très accusées ne se retrouvent guère que chez les fœtus monstrueux et non viables (absence totale du nez, du septum, des cornets, nez double). Mackenzie (Traité) et Gerber (Atlas des maladies du nez) sont à consulter sur ce sujet qui intéresse surtout les embryologistes et les tératologistes. Quant aux lésions nasales qui accompagnent le bec-de-lièvre, elles trouvent tout naturellement leur place dans les traités de chirurgie générale. Restent donc les *synéchies* et les *atrésies*. Les premières ont une apparence de membranes ou de liens réunissant partiellement entre elles deux des parois des fosses nasales. Parfois, au lieu d'être composées de parties molles, elles sont osseuses et alors, contrairement au cas précédent, elles sont inextensibles. Leur origine n'est jamais due à un trouble propre du développement, mais à un processus pathologique qui peut du reste remonter à la vie intra-utérine. Pour qu'elles surviennent, il faut que les deux parois des fosses nasales, non seulement s'appliquent un moment donné l'une contre l'autre, mais soient privées à cet instant, au point de contact, de leur couche épithéliale. Les cautérisations, les traumatismes, puis, mais moins fréquemment, la syphilis, le lupus, le sclérome, la diphtérie doivent être surtout incriminés. Zarniko montre que le plus souvent les adhérences sont acquises, mais qu'elles peuvent se produire très peu de temps après la naissance. On sait que le coryza syphilitique (voir notre analyse de Gastou dans le numéro précédent) est un facteur d'une importance très grande mais trop souvent méconnue. Si le processus est véritablement intra-utérin, il s'agit alors non d'un arrêt mais au contraire d'un excès de développement (voir Schwalbe et Mihalkowics). La classification de Kayser (Manuel de Heymann), très commode et purement

1. Nous n'analyserons que les maladies du nez, sauf les sinusites et les troubles réflexes sur lesquels il nous paraît moins important d'insister.

topographique, divise ces synéchies nasales en antérieures, moyennes et postérieures.

Les antérieures (narines et parties immédiatement voisines des fosses nasales) sont presque toujours acquises (lupus, syphilis, diphtérie, variole, cautérisations) bien qu'Hovorka (Wiener klin. Woch., 1892), Liebe (Monatschrift f. Ohenheilk., 1896), Fein (Wiener klin. Rundschau, 1902) et Baurowicz (Arch. f. Laryng., 1904) aient publié récemment quelques faits qu'ils regardent peut-être à tort comme congénitaux. Ce sont des adhérences surtout membraneuses, très rarement osseuses. Les troubles semblent uniquement ceux de l'obstruction nasale plus ou moins prononcée suivant l'étendue de la malformation et suivant que celle-ci est bilatérale ou au contraire unilatérale, ce qui est presque toujours le cas. Le diagnostic, comme le traitement, est très simple.

Les moyennes unissent d'habitude le cornet inférieur à la cloison, parfois au plancher des fosses nasales; la nature des adhérences est le plus habituellement membraneuse. Si Zuckerkandl (anatomie du nez) pense que le maximum des synéchies existe dans la région ethmoïdale, il faut faire remarquer que c'est sur un simple relevé global, sans importance clinique, qu'il s'appuie exclusivement. Souvent ces adhérences moyennes n'entraînent aucun trouble fonctionnel; mais elles gênent parfois aussi la respiration nasale et peuvent déterminer des troubles réflexes tels que maux de tête, toux nasale, troubles de la voix. Le diagnostic et le traitement sont faciles comme dans la variété précédente. Dans des cas de synéchies très étendues, Winckler a sacrifié une partie du cornet inférieur. En tout cas, les hémorragies, même post-opératoires, seraient peu à craindre. Si les synéchies sont osseuses, on devra recourir à la gouge et au maillet, et, en même temps qu'une portion de l'os, on sacrifiera une partie de la muqueuse. Le point important est de circonscrire les surfaces saignantes et de les empêcher ensuite de s'appliquer (tampons) l'une contre l'autre. Krakauer s'est servi d'une simple carte de visite comme moyen de séparation, Reicher, Winkler, de lames métalliques, Sturman de tuyaux en argent, Zarniko de lames en celluloïde; mais il faut prendre certaines précautions contre l'indocilité ou la crainte de certains malades, dont l'imprudence peut transformer ces divers instruments en corps étrangers du nez. A ce point de vue, celui de Zarniko nous paraît bien approprié au but qu'on se propose.

Les synéchies postérieures sont anté-choanales, choanales ou post-choanales. Elles peuvent être membraneuses ou osseuses. On peut encore les diviser comme Schwendt (Die Angeborene Verschlüsse der hinteren Nasenöffnung. Thèse de Bâle, 1889) en typiques et atypiques. Les premières sont constituées essentiellement par un diaphragme un peu antérieur aux choanes, étendu un peu obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, et un peu concave du côté de sa face postérieure. La variété typique de Schwendt correspond, comme on le sait, en grande partie à la variété antéro-choanale de

Kayser. Les synéchies choanales atypiques de Schwendt comprennent la plupart des faits publiés précédemment par Hopmann (Langenbecks Arch., 1888; Arch. f. Laryng., 1894 et 1895). Schwendt, Anton (Arch. f. Ohrenheilk., 1895), Haag (Arch. f. Laryng., 1899) et tout récemment Prota (v. notre analyse in Arch. int. de laryng., 1904) en ont réuni une cinquantaine de cas, bien que ceux-ci puissent être considérés comme exceptionnels et que rarement par conséquent il puisse arriver au spécialiste d'en rencontrer. Leur origine congénitale est un peu plus fréquente que dans les variétés précédentes, notamment en ce qui concerne les synéchies typiques. Un certain nombre de ces cas ont pu être reconnus chez des nouveau-nés, au moment ou peu après la naissance. Mais il faut se garder d'objections très sérieuses (exclure par exemple la syphilis héréditaire, les processus cicatriciels qui peuvent exister dans le voisinage, etc.). Quand le processus est dûment congénital, il s'agit toujours d'excès de développement. La respiration nasale étant supprimée, l'asphyxie tue alors le nouveau-né avec une rapidité désolante, à moins que le mal ait été reconnu, aussi ces faits sont-ils surtout des surprises d'autopsie, jusqu'ici du moins; quelques-uns des enfants échappent cependant malgré des accès de suffocation terribles. Parfois cependant, sans qu'on sache pourquoi et surtout parce que le mal était unilatéral, les troubles respiratoires peuvent être beaucoup moins intenses ou même nuls. Zarniko en fournit plusieurs exemples personnels curieux. Le ronflement est un phénomène habituel. Souvent la sécrétion très abondante contribue à boucher le nez; d'ailleurs les produits de cette sécrétion sont difficilement éliminés au dehors. Les narines restent immobiles, ou du moins beaucoup moins actives que d'habitude, puisque l'air ne passe plus ou presque plus par le nez. Il y a de la rhinolalie; mais ce défaut de prononciation est souvent corrigé par l'exercice. L'odorat est bien entendu supprimé par le manque de courant d'air nasal; le goût en souffre aussi (dans ses sensations en réalité olfactives). Les cornets, principalement l'inférieur, sont fréquemment hypertrophiés, probablement à cause de l'irritation déterminée par les secréta qui s'accumulent (Zarniko). Parfois on constate l'existence d'un palais ogival, attribué tantôt à la respiration buccale exclusive (Bloch, Körner), tantôt à la leptoprosopie (Siebenmann et ses élèves. Voir nos analyses sur cette question dans les numéros précédents des Archives). Des affections auriculaires ont été signalées. Les réflexes sont assez fréquents, principalement les maux de tête.

Le diagnostic de ces lésions, quand elles sont congénitales, est indispensable à la survie. Si, chez le nouveau-né, il n'y a aucune obstruction bucco-pharyngée, l'obstacle doit siéger dans le nez. On insufflera donc de l'air dans les fosses nasales, avec la sonde ou la poire de Politzer. Si rien ne vient, c'est que les synéchies sont bilatérales. Le cathéter permettra alors de reconnaître l'obstacle, son siège et sa nature. Bien entendu, le cavum reste inaccessible à nos moyens d'investigation à cause de son étroitesse. Chez l'enfant plus

agé et l'adulte, l'examen est à la fois plus facile et plus complet pour la raison contraire. On pourrait aussi, comme Schrötter, employer la translumination. Le conchotome de Grünwald ou d'Hartmann si les adhérences sont membraneuses, la gouge et le maillet si elles sont osseuses, rendront d'excellents services; il en sera de même de la tréphine dans certains cas spéciaux.

Les adhérences du voile à la paroi postérieure du pharynx sont toujours acquises et dues à la syphilis, au lupus, à la diphtérie, à la variole. La fréquence relative de cette malformation est assez difficile à saisir, quand on se rappelle quelle est la mobilité extrême du voile dans la déglutition et la phonation; mais il faut se rappeler que cette mobilité se perd physiologiquement par suite de la raideur qui survient quand un mouvement est douloureux et que de plus, le gonflement inflammatoire détermine un véritable obstacle mécanique au déplacement. La forme des adhérences, leur étendue, leur unilatéralité ou leur bilatéralité varient beaucoup suivant les cas. Il en est de même de l'épaisseur de ces adhérences, de leur tension. Aussi les troubles fonctionnels sont-ils essentiellement différents, presque nuls ou très accusés. Après section des synéchies, il faut s'opposer par des moyens prothétiques appropriés aux récidives (Kuhn, Bergszaszy, Heymann, Schmidt).

Le chapitre consacré aux *déviation de la cloison* est très intéressant, très personnel; mais, ces malformations étant beaucoup mieux connues que les précédentes, nous n'insisterons pas. Il en est de même des *épaississements partiels*, des *éperons de la cloison*. La partie opératoire du sujet est fort bien exposée et l'objet de longs développements.

Les *déformations de la paroi latérale* portent sur les cornets. La grosseur excessive des cellules ethmoïdales contenues dans le cornet moyen (concha bullosa) n'a pas d'importance et peut être même regardée comme physiologique si elle ne dépasse pas certaines limites; mais parfois elle devient si accentuée qu'elle constitue une gêne véritable (Fränkel, Stieda); Killian a donné une excellente description de ces anomalies dans le traité de Heymann (Maladies du sinus maxillaire). Le cornet supérieur est rarement atteint. Zarniko avoue n'en avoir jamais vu d'exemples. Le cornet inférieur par contre est très souvent atteint d'hypertrophies variées totales ou partielles qui commencent à être assez bien connues (hypertrophie des cellules osseuses de l'os, du tissu érectile, etc.). L'anémie artificielle de la région, l'exploration avec la sonde fournissent des renseignements précieux pour le diagnostic.

Les *traumatismes* de la saillie nasale qui revêtent une certaine gravité seraient assez rares d'après Zarniko, qui cite une statistique de Gurlt, d'après laquelle, sur 114.000 Berlinoises, il n'y aurait chaque année qu'une seule fracture des os propres du nez avec déplacement. Le plus souvent il ne se produirait même qu'une attrition plus ou moins violente des parties molles, ou tout au plus fêlure sans dislocation des os propres du nez, de l'apophyse montante du maxil-

laire, le tout guérissant facilement et sans difformité consécutive, à moins qu'il ne s'agisse d'une plaie infectée. S'il y a écrasement du nez, il n'en sera pas ainsi bien entendu; car le recroquevillement des os ou des cartilages a non seulement plus de gravité par lui-même, mais retentit sur l'intégrité des parties internes, et l'hémorragie peut être beaucoup plus sérieuse. Le plus souvent c'est la cloison qui pâtit. Les fractures des cornets, surtout du supérieur, sont tout à fait exceptionnelles (Bergmann, in Heymann Handbuch et Fleytag, in Monatschrift f. Ohrenheilk., 1896). Comme il fallait s'y attendre, étant donnée la situation des parties, c'est bien plus la partie cartilagineuse que la partie osseuse du septum qui est lésée (Zuckerlandl). L'hématome, la périchondrite, des suppurations prolongées, des nécroses peuvent résulter de ces traumatismes (Schäffer, Fischénich, Wroblewski, Grünwald, Gouguenheim, Rode).

Les *phlegmasies des narines*, ressortant des dermatoses (elles sont tapissées par la peau), on y trouve parfois de l'eczéma, de l'acné, du furoncle, du sycosis, etc. Ces maladies seraient franchement infectieuses. Ainsi pour l'eczéma, il existerait des fentes cutanées assez visibles qui servent de porte d'entrée aux germes pathogènes, principalement au streptococcus erysipelatis, opinion qui tend à être acceptée aussi par les auteurs français les plus récents. Les lymphangites à répétition (érysipèle des scrofuleux) y trouveraient souvent leur point de départ et disparaîtraient dès que l'eczéma des narines et les rhagades qui l'entretiennent sont guéries (Kiesselbach, Monatschrift f. Ohrenheilk., 1885). Cet eczéma est de même nature et en général contemporain de celui de la lèvre supérieure. Tous deux aboutissent à la longue à l'épaississement des tissus (épaississement dit scrofuleux de la lèvre supérieure) et à l'engorgement chronique des ganglions correspondants. Le mal est lié intimement aux troubles sécrétoires du nez sous l'influence d'affections diverses (cavité nasale, sinus et même cavum), telles que rhinites, végétations adénoïdes. Les irritations locales sont bien moins importantes; plus rare encore est l'eczéma des narines coïncidant avec un eczéma généralisé de la peau. A ce point de vue, Zarniko mentionne les recherches intéressantes de Sehlen (Monatschrift f. pract. Dermat., 1894) confirmées par ses propres investigations. Ainsi que Bonne, en Allemagne (Das seborrhoïsche Eczem as Constitution-basis der sogenante Scrophulose, des adénoïde Habitus, München, 1890), Chaumier, Gallois, Gastou en France, il croit que la scrofule et les végétations adénoïdes sont des infections septiques chroniques retentissant au bout d'un temps plus ou moins long sur l'organisme tout entier et lui donnant un faciès caractéristique.

Les *rhinites* aiguës ont été divisées en catarrhales, blennorhéiques et pseudo-membraneuses. Zarniko repousse cette classification purement anatomo-pathologique, parce que souvent ces aspects, en apparence si tranchés, ne correspondent qu'à des stades successifs d'une même phlegmasie. Il préférerait un point de départ étiologique et admet des rhinites de cause infectieuse, des rhinites de cause chimique et des rhinites de cause mécanique.

Les *rhinites infectieuses* peuvent relever des germes pyogènes, de l'influenza, des fièvres exanthématiques, de la gonorrhée, de l'érysipèle, de la diphtérie. On ne connaît guère d'une façon exacte que les agents pathogènes de la rhinite diphtérique, de la rhinite érysipélateuse. Pour les autres, il doit s'agir vraisemblablement de microbes pyogènes à vie plus ou moins saprophytique et dont la virulence peut être réveillée par des causes diverses. Il semble que, dans la rougeole, l'influenza et bien souvent dans l'érysipèle, les fosses nasales sont le siège primitif du mal. Parfois l'infection nasale au lieu d'être primitive est secondaire (infection sanguine, infection pour les organes du voisinage).

Le *coryza simple aigu* (rhume de cerveau) est, comme on le sait, d'une fréquence extrême, et frappe tous les individus, tous les tempéraments. Mais les effets de l'endurance¹ sont évidents et les sujets qui s'exposent par leurs professions aux changements de température d'une façon constante sont peu atteints par cette affection. On a regardé avec raison le coryza aigu comme la maladie à frigore par excellence. Son organisme pathogène n'en a pas moins en théorie une grande importance. Malheureusement il n'a pu encore être isolé (Beckmann in Berliner klin. Woch., 1902); Zarniko croit qu'il est de races multiples ainsi que beaucoup d'auteurs. En tous cas, l'allure du mal est franchement infectieuse quoique légère. On a soutenu que le rhume de cerveau était transmissible de personne à personne ou par les mouchoirs; c'est même là une croyance très répandue dans le public. On n'a pu la vérifier expérimentalement, mais peut-être simplement parce que les quelques sujets en expérience n'étaient pas prédisposés pour le moment. D'ailleurs, Beckmann a réussi à inoculer le coryza à l'amygdale pharyngée en badigeonnant celle-ci avec les sécrétions du rhume de cerveau (Berliner klin. Woch., 1902).

Certaines raisons théoriques et l'aspect clinique font penser à Zarniko que, sous le terme commun de coryza aigu simple, pourraient bien se cacher des maladies distinctes. Déjà on en a retranché le catarrhe de l'influenza, du pneumo-bacille, de la diphtérie. Il ne faut pas oublier, en effet, que le bacille de Friedlander, le streptocoque, le staphylocoque ont été trouvés assez abondants dans les fosses nasales, et que des causes spéciales peuvent favoriser beaucoup leur multiplication et leur virulence.

Comme pour l'angine, la bénignité de l'affection empêche, faute de matériaux, qu'on puisse se livrer à des examens histologiques. Cependant, il n'en a pas été ainsi dans le cas de Seifert et de Kahn (Atlas der Histopathologie der Nase, 1895) et dans celui de Zuckermandl. Il y a hypérémie, infiltration du derme par les cellules rondes, puis imbibition œdémateuse. Les cellules épithéliales se multiplient, puis desquamant. Entre elles se glissent des cellules rondes. Mêmes

1. Nous avons constaté les mêmes faits chez les animaux. Voir notre *Pathologie comparée*.

phénomènes du côté des glandes dont les cellules sont atteintes en outre de dégénérescences diverses. Le processus est plutôt partiel que généralisé à toute la muqueuse; il est souvent insulaire.

Au point de vue clinique, Zarniko essaie de mettre en relief ce fait que, parmi les symptômes du coryza simple aigu, c'est tantôt l'un tantôt l'autre qui prédomine. Les symptômes généraux notamment peuvent manquer absolument ou, au contraire, être très intenses.

Du reste, le mal n'est pas cantonné dans le nez; constamment il existerait en même temps une tonsillite pharyngée aiguë. Beckmann (v. plus haut) a trouvé l'amygdale du cavum infiltrée de cellules rondes, œdématiée, hyperémiée, notablement grossie. La propagation peut aller plus loin, envahir le reste du pharynx, et même toute l'étendue des voies aériennes. Il s'agit bien entendu dans ce cas de ce que les anciens appelaient la fièvre catarrhale. L'envahissement de l'œil (conjonctivite) est également assez fréquent, ainsi que celui de la caisse. L'anosmie du catarrhe aigu du nez est le plus souvent un phénomène transitoire; cependant, dans quelques cas exceptionnels, la perte de l'odorat a été définitive (altération des cellules épithélio-sensorielles et peut-être des extrémités nerveuses qui s'y rendent). D'autre part, les rhumes de cerveau répétés pourraient, d'après Onodi, amener des parosmies (Monatschrift f. Ohrenheilk., 1891), telles que sensations subjectives d'odeur de pétrole, de musc, d'urine.

L'affection n'est pas toujours aussi bénigne qu'elle le paraît (intensité des symptômes généraux, envahissement des voies respiratoires, de l'œil, de la caisse); chez les enfants elle peut prendre un caractère alarmant et menacer même sérieusement l'existence (elle gêne la succion, envahit les organes voisins, etc.), surtout en supprimant la respiration nasale indispensable à cet âge. Ce n'est donc pas un mal dont il faille se féliciter parce qu'il soulage le cerveau, ainsi que le croient encore beaucoup de vieilles gens¹.

La *rhinite aiguë de l'influenza*, que Zarniko rattache à l'infection par le microbe de Pfeiffer (en France on a mis récemment en doute [Barbier] l'influence univoque de ce germe pathogène), pourrait parfois prendre un caractère purulent accentué, suivant B. Fränkel (Verhandlungen der Berliner laryng. Gesellschaft, 1891). Il s'agit probablement dans ces cas d'une infection secondaire, comme cela arrive si fréquemment au cours de cette maladie. Les troubles de l'odorat sont fréquents, suivant Reuter (Arch. f. laryng., 1899), et leur pronostic serait variable. Onodi a cité aussi des parosmies d'un caractère désagréable (Monatschrift f. Ohrenheilk., 1891). L'envahissement du sinus serait constant (Weichselbaum in Wiener med. Woch., 1890; Kuchenbecker in Monatschrift f. Ohrenheilk., 1892). Au début existerait seul le microbe de l'influenza (Lindenthals in Wiener klin. Wochenschrift), puis viendraient d'autres microorganismes.

Le *coryza de la scarlatine* pourrait prendre toutes les formes anatomo-pathologiques, c'est-à-dire catarrhales, parenchymateuses,

1. Croyance populaire qui dérive de l'humorisme antique.

gangreneuses; mais, contrairement à ce qui se passe dans la rougeole, il est assez rare. Catti a prouvé que, comme pour cette dernière affection, l'exanthème pouvait survenir dans les fosses nasales (v. Heymanns Handbuch). Le catarrhe est dû à un envahissement secondaire provenant de la gorge, et lui-même peut se porter dans les sinus d'après Wolf (Die Nebenhöhlen der Nase bei Diphtherie, Masern und Scharlach, Zeitschrift. f. Hygiene, 1895).

Le *coryza de la variole* est décrit d'après Landgraf (Heymanns Handbuch II, 1899).

La *rhinite gonorrhéique*, signalée autrefois par B. Fränkel, Voltolini, Schech, combattue par Ricord, Rollet, Diday, Zeissl, est maintenant hors de doute. Müller et Friedrich ont constamment rencontré des gonocoques dans les exsudats. L'affection est très aiguë et s'accompagne d'un gonflement notable de la muqueuse, ainsi que d'une sécrétion extrêmement abondante dans certains cas. C'est ainsi qu'un malade de Störk salissait de 60 à 100 mouchoirs par jour. Le cas de Fürst (Arch. f. Kinderheilk., XIV) prouve que les sinus peuvent être envahis.

La description de la *rhinite érysipélateuse* est faite surtout d'après Lenhartz (Nothnagels Handbuch III, 1899).

Zarniko insiste beaucoup sur la polymorphie des *rhinites diphtériques* qui peuvent être catarrhales ou pseudo-membraneuses. Dans le premier cas, l'inflammation est intense et on trouve dans les exsudats, en même temps qu'un bacille de Löffler un peu anormal¹, des streptocoques et des staphylocoques (Neumann in Centralblatt f. Bacteriologie, 1902). Dans le second cas, l'affection est remarquable par ses dépôts de fibrine plastique; de là le nom de rhinite fibrineuse donné par Hensch qui l'a fait connaître. Hartmann a fait ressortir d'autre part sa tendance remarquable à se localiser dans les fosses nasales. La littérature médicale est maintenant assez riche, sur ce sujet, principalement en Allemagne. Baginski et Stamm ont démontré, contrairement à ce qu'on avait soutenu tout d'abord, qu'il s'agissait bien de diphtérie véritable; mais on pense maintenant qu'il s'agit d'une variété spéciale atténuée. Zarniko, s'appuyant sur ce fait que les fausses membranes sont un processus tout à fait banal dans le nez surtout, et qui peut être réalisé par des irritations mécaniques, chimiques ou des infections microbiennes variées, s'élève contre la conception uniciste, tout en acceptant cependant une forme diphtérique dans ce qu'il continue à appeler la rhinite fibrineuse. Pour les lésions anatomiques, il s'en rapporte au cas décrit par Zuckerkandl, et pour la symptomatologie à Wolf (voir plus haut).

Les *rhinites aiguës d'origine chimique* peuvent être médicamenteuses (elles sont alors catarrhales ou pseudo-membraneuses), ou dues à des gaz ou à des poussières (rhinites professionnelles). Seifert (Die Gewerbekrankheiten der Nase und der Mundrachen-

1. Pseudobacille diphtérique.

höhle in Haugs Sammlung, 1895) et Winkler (Über Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege in Bresgen-Sammlung, 1896) les ont fort bien décrites; Zarniko se borne à reproduire leurs conclusions. Il rappelle que, d'après Dunbar (cause et traitement de la fièvre des foin, 1903), il faudrait y faire rentrer la fièvre des foin, idée qui avait déjà été émise par Elliotson, Blackley, etc. L'antitoxine de Dunbar commence à se répandre en Allemagne (Lübbert et Prausnitz).

Les *rhinites aiguës mécaniques*, succédant à une cause traumatique, par exemple à la présence d'un tampon, sont si connues que Zarniko ne leur accorde qu'un très court paragraphe. Il n'agit pas la question de savoir s'il n'y a pas toujours dans ces faits infection consécutive par les germes pyogènes, infection qui est certaine dans beaucoup de cas, étant donnée la nature des complications. Les mêmes objections peuvent être élevées contre les rhinites chimiques; de telle sorte que seules les rhinites infectieuses, dont l'étiologie et le mode de pénétration varieraient suivant les cas, mériteraient d'être conservées.

Sous le terme de *catarrhe nasal chronique*, Zarniko, ainsi que la plupart des auteurs actuels, désigne un état durable de la muqueuse nasale caractérisé par de l'épaississement et une modification de la sécrétion; il accepte la division usuelle entre rhinite chronique simple et rhinite chronique hypertrophique. Peut-être, dit-il, faudrait-il admettre encore une troisième variété: la rhinite chronique atrophique. Comme cause, il reconnaît des irritations très répétées et à action prolongée. Aussi, voit-on très souvent ces affections chez certains professionnels exposés aux poussières et aux gaz irritants. Le mal peut être primitif ou succéder à un certain nombre d'attaques aiguës. Pour les motifs invoqués plus haut, on l'observe plus souvent en ville qu'à la campagne. Les maladies du voisinage telles que sinusites, polypes, végétations adénoïdes, ont une influence incontestable. Contrairement au catarrhe aigu, le catarrhe chronique ne serait pas du tout une infection, à peine une inflammation, mais bien plutôt un trouble nutritif. On sait, du reste, que beaucoup de lésions, considérées autrefois comme de l'inflammation chronique, sont regardées actuellement par des histologistes très autorisés comme des processus complexes dans lesquels la dégénérescence tient une grande place. Il ne faudrait pas oublier non plus l'influence du terrain; bien que Zarniko ne prononce pas le mot de diathèse, et qu'il pense, avec Gallois, Gastou, Chaumier, que la scrofule est bien souvent le produit, non la cause d'affections nasales, il ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il existe chez beaucoup de sujets des prédispositions individuelles incontestables. Les alcooliques, les fumeurs, sont enfin très enclins, comme on le sait, au catarrhe chronique du nez et de la gorge pour des raisons qu'il est facile de deviner. Nous n'insisterons pas sur le tableau symptomatique bien connu. Quant aux lésions, l'affection n'ayant aucune importance par elle-même, ses

altérations morbides ne pourraient être étudiées qu'à la suite d'un décès par maladie intercurrente. Nous manquons pour le moment de matériaux à ce sujet. Du reste, les phlegmasies de même nature font prévoir ce que ceux-ci pourraient nous donner.

Les modifications de la voix, les troubles de l'oreille, la tendance aux hypertrophies amygdaliennes sont les complications principales à observer. Zarniko reconnaît que la caisse est très peu atteinte et que la sclérose auriculaire n'a rien à faire avec la rhinite chronique simple.

La *rhinite chronique hypertrophique* présenterait un aspect très variable. Parfois le catarrhe semblant absent, on a ce qu'on appelle l'hypertrophie simple de la muqueuse. Les lésions peuvent être partielles ou généralisées; mais, même dans ce cas, elles tendent à prédominer en certains points (queues de cornet, etc.); la surface des parties hypertrophiées est lisse ou inégale en forme de plis, de baies, de fraises. Les saillies dépendent beaucoup de l'état de réplétion vasculaire, comme le démontre la cocaïnisation. Parfois le volume est si énorme (cas d'Alexander in Berliner klin. Woch., 1903) que la queue du cornet bouche les deux choanes. La cloison et le plancher sont pour ainsi dire toujours indemnes. Hopmann (Virchows Arch., 1883) a décrit une inflammation génératrice en quelque sorte des papillomes (papillomes mous ou framboisés). En somme, il ne s'agit pas, dans le catarrhe nasal chronique, d'une hypertrophie véritable, mais d'une hyperplasie, puisque les processus n'ont rien de bien normal et prennent souvent un aspect morbide des plus caractérisés. La tuméfaction de l'amygdale pharyngée est presque constante d'après Barth (Die hypertrophie der Rachen-tonsille und ihre Beziehung zu Rhinitis hypertrophica und Pharyngitis chronica. Arch. f. Laryng., 1903). Le côté opératoire de la question est traité très complètement et avec beaucoup de clarté. Quant à l'étiologie, elle n'est pas abordée, Zarniko ayant l'air de penser que ce qui est juste pour la rhinite simple l'est aussi pour la rhinite hypertrophique. Nous ne sommes pas tout à fait de cet avis; nous pensons qu'il y a une question de terrain préparé vraisemblablement dans beaucoup de cas par l'arthritisme ou par une tendance aux néoformations difficile à élucider.

L'*ozène*, appelé par beaucoup d'auteurs rhinite atrophique, terme un peu vague qu'ils essayent de mieux préciser en ajoutant le mot fétide, a soulevé une foule de discussions pathogéniques dont on trouvera l'énumération fidèle dans Zarniko, et qui sont trop présentes à l'esprit de chacun pour que nous ayons besoin d'insister. Le côté symptomatique est exposé à fond; car, c'est sur le tableau morbide que s'appuiera l'auteur pour émettre des conclusions, assez timides du reste; ce qui ne doit pas surprendre ceux qui savent combien il est impossible actuellement de se faire une opinion définitive. En tout cas, ce n'est pas avec l'anatomie pathologique ou même avec les recherches bactériologiques que le problème semble devoir être résolu, mais par l'étude du terrain dont l'école française a raison de tenir habituellement le plus grand compte en pathologie. Nous

croyons, quant à nous¹, que la dégénérescence, peut-être même une trophonévrose, doivent être incriminées. Très souvent, en effet, il y a des antécédents héréditaires suspects, principalement du côté du système nerveux, ainsi que nous avons pu nous en convaincre en examinant les parents de beaucoup de nos malades. Zarniko signale avec soin les irradiations du mal en dehors du nez, c'est-à-dire les pharyngite, laryngite, trachéite, otite. L'ozène n'est pas en effet, comme on sait, une affection locale; cette généralisation à un assez grand nombre de cavités fait justement repousser les étiologies locales (sinusites, grandeur exagérée de la cavité nasale) qui ont été successivement mises en avant. Le début insidieux, lent, progressif, l'évolution essentiellement persistante et chronique, ne sont pas non plus ce qu'on voit dans les vrais processus phlegmasiques. D'autre part, l'ozène s'observe surtout chez l'être nerveux par excellence qu'est la femme. Il se peut que l'affection soit à son premier stade hyperplasique; en tout cas il ne s'agit pas d'une véritable rhinite hypertrophique. Les foyers limités de Grünwald n'expliquent pas la chronicité invétérée du mal et son existence envahissante dans d'autres régions que le nez. Il est vrai qu'il y a des faux ozènes et des vrais ozènes, ceux-ci beaucoup moins fréquents qu'on ne serait tenté de le supposer, et cette confusion fait peut-être qu'on n'arrive point à s'entendre. Quoi qu'il en soit, Zarniko explique la sécheresse, soit par la pauvreté primitive en eau de l'exsudat, soit par la résorption du liquide aqueux, soit par une disposition spéciale due à la présence du bacille d'Abel. On a attribué la fétidité du pus de l'ozène au séjour prolongé de ce liquide dans le nez; mais, remarque Zarniko, une collection purulente peut rester longtemps dans les sinus sans répandre l'odeur caractéristique. Il faut donc admettre que la sécrétion est ici d'une composition particulière ou qu'elle renferme des agents putréfiants très énergiques. Krause et Rethi incriminent surtout la dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires, mais celle-ci est loin d'être constante. Fränkel et Schoenemann accusent la disparition des glandes qui donnent à la sécrétion un caractère naturellement tout spécial. Schuchardt pense que la putréfaction des cellules épithéliales, transformées en éléments cornés, doit être mise en avant; car, comme on le sait, la corne gâtée répand une odeur fort désagréable. Enfin Abel a reconnu que son bacille, élevé en terrain nutritif artificiel, répandait une puanteur très forte. L'atrophie serait due à un processus superficiel, suivant les uns (exemple: compression par l'exsudat), profond et osseux, suivant les autres (Cholewa, Cordes, Zaufal). Dans cette dernière alternative, on pourrait peut-être songer à une affection parasymphilitique. Finalement, Zarniko reconnaît que la pathogénie du mal est actuellement un casse-tête chinois, chaque hypothèse ayant en sa faveur des raisons *a priori* très plausibles. La guérison serait impossible; mais la nature elle-même nous montrerait par ses atténuations spontanées qu'on peut diminuer notablement les inconvé-

1. *France médicale*, avril 1899.

nients de l'ozène. L'auteur recommande presque exclusivement les soins de propreté. Les autres modes de traitement sont signalés en quelques mots et avec beaucoup de réserve.

Sous ce terme commun de *granulome infectieux*, Zarniko étudie dans un chapitre d'ensemble les lésions nasales de la tuberculose, de la syphilis, de la morve, de la lèpre et du sclérome. Ces maladies déterminent en effet des lésions nodulaires très voisines. Au point de vue histologique et au point de vue clinique, il existe plus d'une analogie entre ces affections manifestement apparentées.

La *tuberculose nasale* primitive peut être infiltrante et cantonnée d'une façon très marquée dans les fosses nasales. Elle est localisée le plus souvent à la partie cartilagineuse de la cloison, sous la forme d'une plaque, d'une sorte de chou-fleur, d'ulcères rongeants plus ou moins profonds. En perçant le septum, le processus peut gagner l'autre fosse nasale. Plus tard les lésions tendent à se généraliser au plancher, au cornet inférieur. Sa marche est essentiellement chronique et progressive. Souvent l'amygdale pharyngée est atteinte; celle-ci présente alors l'aspect habituel des végétations adénoïdes. L'œil, la caisse, peuvent aussi être envahis secondairement. Fréquemment on constate un lupus concomitant de la face (Neisser, Holländer). Le diagnostic se fonde sur l'aspect clinique, la marche et surtout l'examen histologique d'une parcelle du tissu atteint. La deuxième forme de tuberculose nasale primitive, surtout ulcéreuse, s'accompagne de généralisations viscérales multiples. Au point de vue nasal, elle paraît plus bénigne, moins rongearite que la variété infiltrante. Au point de vue clinique, Zarniko se contente de rapporter le cas typique de Michelson (*Zeitschrift f. klin. Med.*, 1899). Les lésions localisées dans le cavum ont été décrites par Wendt et par E. Fränkel. De récentes observations ont ramené l'attention sur la tuberculose des végétations adénoïdes.

Les trois stades de la *syphilis* peuvent se rencontrer dans le nez. Sendziak (*Monatschrift f. Ohrenheilk.*, 1900) a réuni 108 cas de chancres primitifs dans cette région. Il y a des troubles de la déglutition, une pesanteur cervicale profonde et un engorgement ganglionnaire manifeste. Comme accident secondaire, Lasser (*Traité des maladies génitales*, 1900) signale l'érythème. Zeissl, Lang, Schech, ont mentionné les papules, mais en somme la syphilis secondaire est rare dans le nez. Elle est fréquente au contraire dans le cavum (Lochte et Thest : *Beitrag zur Dermatologie, Festschrift für Neumann, Wien*, 1900). La syphilis tertiaire est la plus fréquente, la plus importante et souvent la plus ignorée, celle d'autre part qui cause les ravages les plus importants. Au point de vue anatomique et clinique, il y a deux périodes à considérer, celle de l'infiltration et celle de la destruction du syphilome précédemment constitué, ou de la transformation de la gomme en un tissu scléreux, ce qui est beaucoup plus rare. Assez exceptionnelle aussi est la forme polypeuse (Manasse, *Virchows Arch.*, 1897). La muqueuse serait la partie primitivement atteinte dans la majorité des cas. Cependant la vérole

peut, dans ce stade, s'attaquer aussi d'emblée au tissu osseux (ostéopore, carie sèche, exostose) et ses lésions peuvent être si malignes, qu'elles aboutissent à la nécrose d'emblée. L'odeur qui s'exhale des parties mortifiées est extrêmement désagréable; mais, quoi qu'on ait dit, ce ne serait pas l'odeur de l'ozène. Les sinus seraient assez souvent atteints, soit d'une façon primitive, soit d'une façon secondaire (Gerber. Syphilis der Nase und des Halses, 1895); leurs lésions ne sont pas toujours spécifiques. Le cavum est en général envahi en même temps que le nez. Les destructions peuvent être très étendues (Zuckerkanndl) et aboutir aux désordres les plus graves. La méningite succède parfois à une nécrose de l'ethmoïde à la période d'élimination des séquestres (Trousseau); mais celle-ci peut faire défaut (Baratoux). La déformation du nez en selle, en lorgnette, bien connue des Français, a fait récemment l'objet en Allemagne de recherches importantes (Gerber). L'aspect le plus désagréable est celui du nez dit bouledogue. Les lésions syphilitiques du cavum ne se voient guère qu'à la période d'ulcération. Elles peuvent siéger partout, mais leur lieu de prédilection est la face supérieure du voile. Le sphénoïde, l'apophyse basilaire, mais surtout les deux premières vertèbres cervicales, sont assez souvent aussi frappés par la syphilis. Les parois du cavum étant surtout musculeuses, on comprend qu'il puisse exister habituellement des phénomènes de dysphagie plus ou moins marqués. Fischenich a aussi insisté sur un mal de tête de caractère particulier, profond, sourd, et siégeant du côté de l'occipital. Il peut être si violent qu'il peut entièrement troubler les idées du malade. Il se propage souvent dans les oreilles.

La *morve*, le *scélérome*, déterminent des lésions très instructives au point de vue de la pathologie comparée, mais trop spéciales et trop rares pour qu'il soit possible de s'en occuper ici.

La *xanthose* ou rhinite sèche antérieure, ou ulcère perforant de la cloison, de connaissance toute récente, est caractérisée par sa localisation et sa teinte jaunâtre, d'après Zuckerkanndl, puis Siebenmann (Jahresbericht von der Ohrenartztliche und rhinologische Poliklinik, 1889, et Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1891). Les causes sont encore peu connues. L'ulcère perforant de Hajeck est rapproché par Zarniko de la xanthose. C'est une maladie parfaitement caractérisée et autonome, consistant en une lésion de la cloison à forme arrondie, sale, à bords légèrement enflammés, gagnant de plus en plus en profondeur et aboutissant à la perforation du cartilage. Il s'agit d'un processus nécrosant, frappant l'épithélium, le derme, puis les couches sous-jacentes; peut-être s'agit-il d'une infection bactérienne (bacille de Friedlander). Zuckerkanndl affirme que les faits de Hajeck rentrent dans sa xanthose. Il croit que des irritations répétées, telles que celles produites par les ongles, sont des facteurs réels. Les ulcères produits par l'acide chromique seraient bien plus fréquents que les précédents (Rudloff). La maladie est trop rare, trop spéciale, pour qu'il soit possible d'insister; il en est de même de la périchondrite du cartilage septal (Herzfeld, Schröder, Lublinski, Fischenich, Küt-

tner, Wroblewski, Danziger, Killian, Hecht). Il en est de même aussi de la périchondrite séreuse de Velpeau, Jurasz et Fischenich, du kyste des narines de Knapp et de Chatellier, de l'abcès rétronasal circonscriit de Grünwald, Roth et Pelsesohn.

Nous devons nous borner à mentionner aussi le chapitre sur l'*épistaxis* qui est une très bonne et très moderne mise à point de la question. Nous louons fort également à ce point de vue le paragraphe que Zarniko a consacré aux *corps étrangers* et aux *calculs* du nez. Sa description des *parasites végétaux et animaux* des fosses nasales et du cavum (Seifert in Heymanns Handbuch; Schubert in Berliner klin. Woch., 1899; Dünn in Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1896; Siebenmann in Monatschrift f. Ohrenheilk., 1889) est un peu écourtée, mais suffisante. Il cite les travaux de Heller et de Heubner, de Deile, de Mackenzie, de Baumgarten sur l'*aspergillus fumigatus*, ceux de Mossler et de Peiper sur les vers qu'on retrouve dans le nez. Chiari, Hartmann, Proskauer, ont observé des oxyures, Tiedemann, Joseph, des myriapodes, Peiper des larves de mouche (*lucilia hominivora*?).

Pour rédiger le chapitre consacré aux *néoplasmes*, Zarniko s'est appuyé surtout sur les recherches de Joel (Haug's Sammlung, 1896), de Heymann (Heymanns Handbuch), de Kümmel (id.), de Mickulicz (id.), de Kühn (Nasenpolypen in Dresches Bibliothek der medicinischen Wissenschaften) et aussi sur ses propres recherches. Il fait, comme beaucoup, du *polype mou* un fibrome œdémateux, dont le siège de prédilection serait l'ouverture des sinus. Ils seraient rares, mais pas exceptionnels sur le toit et sur la cloison. Parfois ils sont d'abord sinusiens, puis nasaux (pseudopolypes). Leur consistance était gélatineuse dans le cas de Jurasz et de quelques autres. Zarniko distingue une variété simple, une variété riche en glandes et une variété kystique. Il décrit avec un grand luxe de détails ces différentes espèces au point de vue anatomo-pathologique; quelques figures annexées au texte facilitent sa compréhension exacte. La partie clinique est aussi l'objet de développements considérables. Le polype nasopharyngien ou *fibreux* serait au début intrapharyngien ou extrapharyngien (foramen lacerum anterius), d'après Bensch (Thèse de Berlin, 1878), ou bien naîtrait dans les fosses sphéno-palatines, sphéno-maxillaires et rétro-maxillaires. Il ne faudrait donc pas être aussi exclusif que Nélaton. On sait que ce dernier n'admettait qu'une variété basilaire. Au point de vue histologique, ces tumeurs ressembleraient beaucoup au fibrosarcome. Assez souvent elles ont au centre une consistance caverneuse à cause de la dilatation et de l'enchevêtrement des vaisseaux. Dans certains cas, on aurait observé une guérison spontanée, mais cette involution est bien rare, ainsi que le démontre leur marche habituelle bien connue. On sait que Grünwald les a appelées sarcomes juvéniles; trop souvent elles justifient cette dénomination. A part l'influence du sexe, tout est obscur dans leur étiologie. Bensch, s'appuyant sur les différences évolutives dans le développement du crâne chez l'homme et chez la femme, au

moment de la puberté, explique par celles-ci la prédominance du mal chez les adolescents; d'autre part, comme l'activité d'accroissement du crâne cesse à 25 ans, on s'explique aisément pourquoi le polype nasopharyngien disparaît à cet âge. Il y aurait, à un moment donné, trouble formatif du périoste de l'apophyse basilaire empêchant celui-ci de reproduire de l'os, mais lui laissant toute latitude pour donner naissance à une tumeur. Le traumatisme pourrait du reste être invoqué avec raison dans un certain nombre de cas.

Parfois les opérations palliatives, consistant à détruire le corps de la tumeur et à respecter ses prolongements, suffisent en ce sens qu'après cette extirpation partielle, le reste du néoplasme s'atrophie rapidement (électrolyse galvanocautique). Les prolongements dans la fente sphénomaxillaire peuvent du reste être poursuivis par la résection temporaire de l'os zygomatique. (Brüns : Beitrage zur klinische Chirurgie, 1894). Mais dès que la tumeur a acquis un grand développement, c'est vers l'opération radicale qu'il faut s'orienter (résection du maxillaire supérieur, du palais osseux, temporaire ou définitive). Le détachement du pédicule nécessitera toujours, suivant Zarniko, une grande sûreté de main et une grande présence d'esprit. Souvent la trachéotomie préventive devient nécessaire pour éviter l'asphyxie par envahissement des voies respiratoires, quand le sang coule à flot. Du reste les cas de mort sont loin d'être rares pendant ou après l'opération (Brüns, Lincoln).

Les sarcomes du nez ont la structure de ceux du reste de l'économie. Sur 43 cas de ces néoplasmes réunis par Strohe (Thèse de Bonn, 1892), 9 étaient des encéphaloïdes, 3 des sarcomes à cellules fusiformes, 6 des sarcomes alvéolaires ou à grosses cellules, 7 des fibrosarcomes, 7 des sarcomes mélaniques, 2 des ostéosarcomes, 4 des myxosarcomes et 2 des myosarcomes. On a observé aussi un cylindroma ostéoïde. Kümmel admet des endothéliomes qui du reste seraient très rares dans le nez. On les retrouve non seulement chez les adolescents, mais encore chez les adultes. Ils sont heureusement peu fréquents. Leur siège primitif est habituellement la partie supérieure des fosses nasales, principalement du septum. Parfois ils débutent dans un sinus. Le périoste ou le périchondre leur donne naissance. Leur implantation est très large en général, rarement pédiculée. L'envahissement des parties voisines est encore plus franchement accusé que pour le polype nasopharyngien. L'opération radicale (résection du maxillaire, etc.) échoue fréquemment à cause des prolongements nombreux du sarcome, quels que soient les sacrifices auxquels on se résigne. Aussi, souvent est-on obligé d'accepter des opérations palliatives, de recourir simplement à l'électrolyse ou même de se contenter d'administrer l'arsenic.

Le carcinome est beaucoup plus rare que le sarcome. Dreyfus n'a pu en réunir que 13 cas (Wiener med. Presse, 1892). Mais plus tard Kümmel est arrivé au chiffre de 40 (v. Thèse de Strohe). Sur 32.997 maladies du nez, Schmidt n'a vu que 3 carcinomes. Sur 28.000 affections du nez, Finder n'a constaté que 2 carcinomes. Sur

10.000 maladies des fosses nasales, Zarniko a rencontré cependant 4 fois cette tumeur; ce sont des épithéliomas cylindriques ou des cancéroïdes. Comme le sarcome, ils naissent à la partie supérieure des fosses nasales. Cordes a signalé l'existence possible de l'adénocarcinome. La symptomatologie, le pronostic et le traitement sont ceux du sarcome.

Le manque de place nous empêche de pousser plus loin cette analyse; ceci à notre grand regret, car les chapitres consacrés aux *végétations adénoïdes*, aux *névroses du nez*, aux *maladies des sinus*, sont parmi les meilleurs de l'ouvrage; mais leur description est tellement fouillée, tellement technique, que nous devons nous borner à les signaler à l'attention de nos lecteurs. C. CHAUVEAU.

II. — Introduction à l'étude des maladies des oreilles sous la forme de leçons pour les étudiants et les médecins praticiens, par SCHWARTZE et GRUNERT. Leipzig, 1905, chez Vogel.

En Allemagne, comme on le sait, des cours théoriques et pratiques ont été depuis quelque temps institués pour répondre aux désirs des médecins qui, leurs études finies, veulent se perfectionner dans n'importe quelle branche de la pratique médicale. Munis de connaissances scientifiques déjà étendues, n'ayant plus aucune de ces préoccupations d'examen, qui entraînent à une préparation hâtive et superficielle, désirant apprendre à fond les parties de l'art de guérir dont ils espèrent tirer bon parti plus tard, ayant compris par l'exercice de leur profession combien certaines lacunes leur sont préjudiciables, les auditeurs de ces leçons, faites par des maîtres renommés, sont des élèves d'autant plus assidus et attentifs qu'ils sentent parfaitement que leur intérêt personnel est en jeu. A l'Université de Halle, l'illustre professeur Schwartz, un des fondateurs de l'otologie moderne, et son éminent collaborateur, le professeur Grunert, ayant remarqué combien leur cours avait intéressé ceux qui, pendant deux trimestres de l'année scolaire 1902-1903, s'étaient fait inscrire sur les registres d'admission¹ et tenant, d'autre part, à exaucer un vœu qui leur avait été mainte fois exprimé, se sont décidés à rédiger et à faire imprimer ces leçons qui avaient reçu un si bon accueil; résolution heureuse, car elle permet aux étudiants des autres Universités, et même aux étrangers; de profiter en quelque sorte d'une façon plus intime de l'enseignement de ces deux excellents auristes. Nous devons les féliciter vivement d'avoir rendu ainsi plus accessible aux débutants l'étude d'une branche de la médecine qui leur présente des obscurités, des difficultés bien propres à rebuter celui qui n'est pas préparé par une propédeutique appropriée à les surmon-

1. Payante, car en Allemagne, les élèves ne regardent pas à rémunérer un professeur dont l'enseignement leur paraît profitable, coutume qu'on devrait imiter bien plus en France et qui permettrait à nombre de jeunes maîtres de se livrer aux recherches de science pure.

ter tant bien que mal. En Allemagne, il est, du reste, devenu indispensable d'avoir des notions d'otologie assez étendues; car celles-ci sont maintenant obligatoires pour l'examen d'état, le gouvernement s'étant rendu compte que les maladies des oreilles sont tout aussi fréquentes et souvent plus périlleuses que celles de bien d'autres points de l'organisme. En France, les affections auriculaires font encore partie du domaine de la chirurgie générale au point de vue des examens universitaires; mais on se préoccupe davantage dans le milieu professoral des lésions de l'appareil auditif qui, si souvent, conduisent aux plus graves interventions intracrâniennes. D'ailleurs, l'importance des altérations de la caisse, au point de vue cérébral, n'est plus discutée. En face d'un écoulement purulent persistant, le jeune médecin n'observe plus la quiétude de jadis; il comprend qu'il doit être initié suffisamment à notre spécialité pour faire un diagnostic même provisoire, afin d'envoyer en temps opportun le malade à qui de droit; ce qui sauvegarde non seulement son devoir professionnel, mais sa dignité auprès des familles.

Le nouvel ouvrage de Schwartz et de Grunert est résolument clinique; les discussions théoriques, les mentions historiques et bibliographiques, ne font que rarement l'objet d'un court aperçu. D'autre part, les auteurs prennent très nettement parti sur les points encore contestés. Ce sont leurs idées qu'ils exposent et non celles d'autrui. Or, quand il s'agit de maîtres aussi distingués, ce côté personnel est des plus utiles à connaître, même quand on diffère d'avis avec eux. D'ailleurs, cette façon subjective d'enseigner s'impose en quelque sorte pour le débutant que des opinions contradictoires dérouteraient bientôt. Ce n'est que plus tard que celui-ci pourra discuter et se décider en connaissance de cause.

Comme d'habitude, l'exposition didactique est basée sur la topographie, sauf pour les traumatismes, les névroses, les tumeurs de l'oreille, qui se prêtent mal à cette classification anatomique.

Les interventions opératoires ne sont étudiées que dans leurs particularités essentielles; quant aux instruments, la meilleure figure étant insuffisante pour en bien faire connaître l'aspect et l'emploi, Schwartz et Grunert ont jugé à propos de renvoyer le lecteur aux exercices pratiques qui permettront de ne pas gaspiller un temps précieux en lectures inutiles. Le plan de ces leçons, les idées directrices qui les animent sont bien de Schwartz; mais la part de son collaborateur est néanmoins des plus importantes. Si son illustre maître a rédigé ce qui a trait à la symptomatologie et au diagnostic en général des affections auriculaires, tout le reste a été écrit par Grunert. Les chapitres consacrés aux affections de l'oreille externe et aux complications osseuses de l'otite moyenne portent tout particulièrement l'empreinte de ses idées personnelles.

Voici la disposition des matières. Une première partie consacrée à la propédeutique proprement dite contient des paragraphes fort intéressants sur l'étiologie, la prophylaxie, l'hygiène, la symptomatologie, le diagnostic, le traitement considéré à un point de vue

d'ensemble. Il s'agit de ces notions de pathologie générale, si indispensables, et pourtant négligées par ceux qui ne se sont pas donné la peine de réfléchir sur les principes fondamentaux des sciences médicales.

La deuxième partie comprend les chapitres suivants : Traumatismes auriculaires (6), médecine légale de ces traumatismes (7), tumeurs (8), corps étrangers et névroses (9), maladies de l'oreille externe et du tympan (10), otite moyenne aiguë (11), otite moyenne chronique (12), complications osseuses de l'otite moyenne suppurée (13), complications intracrâniennes de l'otite moyenne suppurée (14), otosclérose (15), labyrinthites (16), surdi-mutité (17), malformations auriculaires et leur prothèse (18).

Schwartz et Grunert montrent que les causes des maladies auriculaires ne diffèrent pas de celles des autres affections de l'économie. Ici et là, mêmes facteurs morbides ; mais le fonctionnement de l'appareil auditif, ses relations avec différents points de l'économie, parfois assez éloignés, ses rapports de voisinage, sa structure particulière enfin donnent néanmoins à sa pathologie un aspect bien spécial. Les facteurs étiologiques sont tellement multiples, leur action est souvent si difficile à apprécier exactement que les auteurs se contentent d'une division basée sur la clinique. Or, à ce point de vue, un premier groupe ressort avec une netteté et une portée incontestables, c'est celui des inflammations. Ces phlegmasies seraient toujours dues à la présence des microbes ou de leurs toxines. Quelles que soient les lacunes de la bactériologie sur ce point, Schwartz et Grunert se prononcent catégoriquement pour l'origine infectieuse du processus inflammatoire. A l'état normal, caisse et labyrinthe seraient indemnes de tout microbe ; par conséquent, pour que ces cavités en contiennent, il faut qu'ils soient venus par voie externe (perforation du tympan, trompe d'Eustache) ou par la voie hématique. L'otite moyenne aiguë serait due à une infection simple ; l'otite chronique à une infection multiple. Les germes pathogènes seraient, d'après les recherches de Leutert à la clinique de Halle, le streptocoque, le pneumocoque et le staphylocoque. Le streptocoque est l'agent habituel de l'otite aiguë, il se fait remarquer par l'intensité des désordres qu'il provoque ; c'est lui qui déterminerait la plupart des complications intracrâniennes. Le pneumocoque n'amènerait pas des désordres aussi graves ; relativement, il constituerait une bonne espèce de microbe, car, dans les cavités auriculaires, il existe presque toujours à l'état atténué. Le staphylocoque, exceptionnel dans les phlegmasies aiguës otitiques, est l'hôte habituel des collections purulentes chroniques de la caisse¹. Il semble qu'il s'agisse ici d'infections secondaires provenant de la trompe, parfois du conduit auditif externe, quand il y a perforation du tympan. Le bacille tuberculeux, celui de la diphtérie, peuvent se rencontrer dans la cavité tympanique ; mais rien ne prouve que le processus inflammatoire soit pour cela spéci-

1. Gradenigo.

fique. En tout cas, le plus souvent, il s'agirait, même dans les affections générales bien caractérisées, d'inflammations vulgaires. En dehors des voies habituelles, les microorganismes arriveraient parfois à la caisse par la voie lymphatique; les microbes contenus dans la cavité crânienne pénétreraient dans les cavités auriculaires par le moyen des aqueducs lymphatiques, etc. Les formes cliniques ne correspondent guère, sauf pour le pneumocoque, à la variété bactériologique. Le pneumocoque se rencontrerait surtout dans l'enfance; il serait remarquable par la rapide guérison apparente suivie de récédive du côté de l'apophyse mastoïde ou de la dure-mère (abcès extraduraux). Le terrain aurait une grande importance et rendrait mieux compte que la variété microbienne, des différences observées dans la forme et l'allure du processus phlegmasique.

Les affections traumatiques formeraient un groupe de maladies auriculaires assez distinctes, remarquables par leurs complications spéciales : hémorragiques, labyrinthiques, etc. Une autre espèce nosologique autonome est celle qui relève des intoxications. Mais il ne faut pas oublier que les prédispositions acquises ou héréditaires jouent dans la pathologie de l'oreille un rôle des plus considérables. Les maladies du système nerveux, de l'appareil circulatoire, les grandes pyrexies infectieuses, la tuberculose, la syphilis surtout, ont une influence également indéniable; à ce sujet, les lésions parasymphilitiques de l'oreille sont mentionnées d'après Fournier. Par contre, l'arthritisme, principalement la goutte, n'aurait pas l'importance qu'on leur attribuait jadis, notamment à propos de l'otite scléreuse.

L'influence du froid serait complexe et se fait d'autant plus ressentir que l'individu est moins résistant; à ce point de vue les douches froides et les bains froids auraient bien souvent une influence désastreuse chez certains sujets anémiques incapables de faire une bonne réaction.

Quant aux maladies du nez et du cavum, tout a été dit sur ce sujet; il est inutile d'insister sur ce qui est rapidement mentionné par Schwartze et Grunert. Les bains et surtout les plongements qui permettent une élévation brusque de la pression tympanique seraient fréquemment, suivant eux, très nuisibles. L'état des dents serait aussi plus à surveiller au point de vue auriculaire qu'on ne le fait d'habitude. La toilette de l'oreille externe est exposée avec les détails convenables et avec cette idée profondément juste que tout détail a son importance. Les traumatismes auriculaires seraient, ainsi que les bains et les douches, bien plus souvent qu'on ne le pense, une cause d'otite moyenne par perforation et rupture du tympan; donc pas de punition consistant à frapper sur le pavillon de l'oreille ou à tirer fortement sur celui-ci. Un paragraphe intéressant est consacré enfin aux causes professionnelles (tampons d'ouate, conservateurs, etc.), et aux médications trop prolongées comportant de la quinine, de l'acide salicylique, etc.

La symptomatologie en général comporte l'étude assez détaillée des phénomènes suivants : dureté d'oreille et surdité, bourdonnement,

otalgie, céphalalgie, vertiges et troubles de l'équilibre, fièvre, paralysie faciale. Ce chapitre, rédigé entièrement par Schwartze, est tout entier à lire très attentivement. L'auteur y fait preuve, comme il fallait s'y attendre, d'une vaste expérience clinique.

Pour expliquer l'énorme fréquence des troubles subjectifs. Schwartze invoque les circonstances suivantes : impossibilité d'écarter les excitations homologues, conduite aisée par le nerf acoustique d'excitations anormales au cerveau, grande étendue de l'appareil auditif, voisinage de gros vaisseaux sanguins. Il y a proportionnalité fréquente mais non obligatoire avec la surdité. Du reste l'influence individuelle serait énorme. Ces phénomènes alternent entre eux, se précèdent, se succèdent, et il serait impossible de tirer quelque conclusion ferme de leurs causes par leur seule étude. Les douleurs auriculaires seraient bien souvent produites par des lésions situées en dehors de la zone auriculaire (amygdalites, dents cariées, ulcération du pharynx, etc.). La suppuration se rencontrerait dans 30 % des maladies des oreilles. La perforation du tympan en est la suite pour ainsi dire obligée, mais elle est parfois très petite, très peu visible, surtout quand elle siège très haut. Cette suppuration peut d'autre part être si peu accusée dans nombre d'otites moyennes chroniques, qu'elle passe inaperçue. Cependant, quel que soit son peu d'intensité, une otite suppurée est une menace des plus sérieuses sinon pour le présent, du moins pour l'avenir. Les caractères du pus seraient comme on le sait des plus variables, ainsi que la réaction des parties atteintes (épaississement, ulcérations, végétations, etc.). Les douleurs de tête dans les otites auraient fréquemment un aspect névralgique, elles présenteraient le caractère de pression, d'élançements, de brûlures, etc., et siègeraient du côté atteint. Si la douleur se diffuse à toute la tête avec fièvre, excitation, délire, il faut craindre une complication cérébrale. Pour expliquer les vertiges et les troubles de l'équilibre, Schwartze s'en rapporte surtout aux recherches du physiologiste Hensen. Comme phénomènes concomitants au vertige, on observerait du nystagmus, des nausées, des vomissements, des bourdonnements. Des recherches multiples faites à la clinique de Halle au cours des otites aiguës et chroniques, il résulterait que la mastoïdite n'est pas du tout révélée par un excès de température. L'inflammation des parties molles réagit bien plus sur celle-ci; 54% des mastoïdites dont les cas d'otite aiguë n'avaient pas provoqué de fièvre et cette proportion allait à 79 % pour les mastoïdites apyrétiques de l'otite chronique. Quand il y a 41°, il y a le plus souvent pyémie otogénique avec thrombose du sinus.

Le diagnostic engénéral étant assuré par l'otoscopie, le cathétérisme de la trompe, l'insufflation de l'air dans la caisse avec auscultation concomitante, les épreuves otoscopiques, la rhinoscopie antérieure et postérieure, Schwartze étudie avec soin ces différents moyens d'investigation que leur caractère par trop technique nous empêche d'analyser; d'ailleurs les faits qu'il expose ont été étudiés plus complètement dans son grand traité et dans ses diverses publi-

cations dans les revues de spécialité. Il est donc inutile d'y revenir ici, d'autant plus que l'exposition est forcément écourtée puisqu'il s'agit d'un ouvrage résolument élémentaire. Schwartzé continue, comme ses contemporains de l'époque précédente, à se servir largement des lavages et des irrigations, mais faites avec précaution, tièdes et avec une eau légèrement salée. Il ne veut pas des liquides soi-disant antiseptiques qui ne font qu'irriter l'oreille. La pression sera en outre surveillée avec le plus grand soin. La douche d'air par le cathétérisme continuerait à être un moyen des plus précieux pourvu qu'on l'emploie avec circonspection. Le Politzer et le Valsalva peuvent remplacer le cathétérisme, mais seulement dans certaines circonstances spéciales. Quant à la perforation du tympan, elle serait utile, nullement nuisible et préserverait de bien des accidents, quoi qu'en disent Piffel et Zaufal.

Les chapitres consacrés aux traumatismes de l'oreille et aux tumeurs sont un bon exposé de l'état actuel de la question, bien que les limites imposées par le plan de l'ouvrage aient fait écarter certaines considérations intéressantes. L'étude des névralgies de l'oreille quoique courte est des plus intéressantes. L'otite externe, les inflammations diverses du pavillon, méritent les mêmes éloges, surtout au point de vue thérapeutique bien développé et des plus clairs.

Schwartzé et Grünert distinguent une otite moyenne aiguë qui peut être catarrhale ou purulente. Les différences symptomatiques seraient dues surtout aux variétés de l'agent microbien et à sa virulence. Ils font ressortir que non seulement la muqueuse, mais les parois osseuses elles-mêmes qu'elles tapissent peuvent être atteintes. L'exsudat est séreux, séro-purulent, purulent, hémorragique. Malgré l'étroite analogie des symptômes et l'existence de formes intermédiaires, l'otite moyenne suppurée se distingue du catarrhe de la caisse en ce sens qu'elle aboutit forcément à la perforation plus ou moins visible du tympan.

Les auteurs admettent, contrairement à ce que plusieurs ont écrit sur ce sujet que le catarrhe chronique de la caisse est une entité bien distincte au point de vue anatomique comme au point de vue clinique; des considérations intéressantes sont émises sur les différentes apparences du cone lumineux. Pour Schwartzé et Grünert, l'otosclérose serait une maladie primitive et osseuse de la capsule labyrinthique, à formes anatomiques multiples (foyers multiples, ostéites raréfiantes, vasculaires, etc.). L'arthritisme n'aurait qu'une influence douteuse, mais par contre on devrait admettre avec Fournier qu'il s'agit d'une affection parasymphilitique.

C. CHAUVEAU.

III. — Les cavités accessoires du nez d'après des photographies de grandeur naturelle, par ONODI, professeur de rhinologie à l'Université de Budapest (Vienne, 1905, chez Alfred Hölder).

A plusieurs reprises déjà nous avons eu l'occasion de mentionner

les importantes recherches d'Onodi sur l'anatomie des cavités accessoires du nez. L'auteur, pour éviter des recherches fastidieuses dans les différents périodiques, a consigné dans un ouvrage d'ensemble les résultats auxquels il est parvenu, et qu'il a complétés et développés d'une façon notable. La méthode suivie est excellente; au lieu de se perdre dans des descriptions purement didactiques, difficiles à saisir et à juger pour tous ceux qui ne se sont pas livrés à des études de ce genre, Onodi s'est contenté d'interpréter brièvement les nombreuses planches photographiques très artistiques et très claires qui constituent en quelque sorte le corps de l'ouvrage. Il a obéi ainsi à une tendance générale qui tient à faire jouer dans les traités de sciences naturelles une part de plus en plus importante à l'iconographie. Chemin faisant, il fait quelques incursions du côté de la chirurgie opératoire. Il a conservé la terminologie ancienne; car les dénominations nouvellement proposées s'appuient sur des considérations physiologiques ou embryologiques, dont l'exactitude n'est pas encore entièrement démontrée. La portée d'une pareille œuvre est considérable et dépasse les bornes de la spécialité. Les chirurgiens, les oculistes, les auristes, les anatomistes y trouveront des renseignements utiles; les neuropathologistes eux-mêmes découvriront, dans telle ou telle particularité topographique, l'explication de bien des symptômes, par exemple dans les cas de paralysies oculaires liées aux sinusites sphénoïdales. Cette intéressante monographie contient 124 planches photographiques de grandeur naturelle, dont la netteté et l'élégance ne laissent rien à désirer. Le squelette se prête en effet beaucoup mieux que les parties molles à ce mode de reproduction, et les reproches faits à la photographie à propos des muscles ne sont plus applicables quand il s'agit des os.

La première planche est une coupe sagittale donnant très fidèlement l'aspect général de la paroi externe des fosses nasales. La planche 2 est une coupe antéro-postérieure passant par le milieu de la tête et du cou; le cornet inférieur et une partie du cornet moyen ont été enlevés pour laisser apercevoir le méat moyen, et mettre à nu la bulle ethmoïdale, le processus unciforme, l'hiatus semi-lunaire. On découvre le récessus sphéno-ethmoïdal entre le sinus sphénoïdal et la bulle ethmoïdale. Tous ces détails sont encore plus visibles dans la troisième planche représentant la coupe sagittale de la moitié antérieure de la tête sur laquelle le cornet moyen a été enlevé. La planche 4 laisse voir le sinus frontal et son canal, la bulle ethmoïdale, le cornet inférieur et le cornet moyen. Le conduit naso-frontal est bien développé et large. En arrière de lui est la cellule ethmoïdale dite frontale qui, ici, est très apparente. La planche 5, où le sinus frontal est ouvert en dehors, montre admirablement le conduit de cette cavité et son mode d'abouchement dans le méat moyen. La planche 6 donne une excellente idée de l'aspect du sinus frontal et du sinus sphénoïdal regardés d'avant en arrière; l'orifice postérieur du canal sphénoïdo-nasal, au moment où celui-ci s'abouche dans la cavité accessoire, est visible dans tous ses détails;

il en est de même du recessus ethmoïdo-sphénoïdal. Toutes ces particularités sont visibles dans la planche 7, dont la coupe sagittale est un peu modifiée pour rendre plus appréciables encore les parties antérieures. La planche 8 indique très nettement l'embouchure du sinus maxillaire. La planche 9 où les cavités accessoires sont ouvertes en dehors donne une vue frappante du labyrinthe ethmoïdal du canal lacrymo-nasal, du large recessus ethmoïdo-nasal. L'ablation des cornets inférieur et moyen rend ces détails encore plus nets dans la planche 10. Les planches 11, 12 et 13 sont destinées principalement au labyrinthe ethmoïdal; les cellules ethmoïdales antérieures et postérieures y sont reproduites avec leurs dispositions si spéciales et leurs anomalies, leurs embouchures multiples, leurs dimensions réciproques, etc. Dans la figure 13, on voit les cellules ethmoïdales les plus reculées se placer en quelque sorte au-dessus du sinus sphénoïdal qu'elles doublent en haut. D'autre part, une cellule ethmoïdale antérieure volumineuse est accolée en arrière au conduit du sinus frontal et vient s'ouvrir immédiatement en arrière. Sa situation et sa dimension en imposeraient facilement sur le vivant pour la cavité voisine. La planche 14 montre de la façon la plus claire la superposition de bas en haut du sinus sphénoïdal et de la cellule ethmoïdale la plus reculée. Celle-ci se trouve en rapport intime avec le nerf optique. Une mince lame osseuse sépare seulement cette cavité ethmoïdale postérieure du trou optique. La planche 15 représente ce voisinage entre le nerf optique et la cellule ethmoïdale d'une manière encore plus évidente. Il nous est impossible de continuer plus longtemps cette analyse, les matériaux si techniques de cet ouvrage y prêtant fort peu. Rappelons seulement qu'avec la planche 58 débutent les coupes frontales et avec la planche 89 les coupes transversales. A partir de la planche 100 commence l'étude des rapports avec les centres nerveux et des résultats au point de vue du squelette des différentes interventions et résections sur les sinus du nez.

C. CHAUVEAU.

IV. — REVUE DES THÈSES

I. — De la voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx, par Jules DUVERGER, de Bordeaux (Thèse de Bordeaux, 1905).

L'auteur décrit les tumeurs malignes du naso-pharynx en général, et s'efforce de préciser les points d'insertion de ces tumeurs.

Il expose ensuite quelques considérations sur la topographie du cavum et des fosses nasales en faisant remarquer :

1° Que par sa situation, le maxillaire supérieur est l'os qui crée le principal obstacle à l'accès du naso-pharynx, ce qui explique les interventions variées dont il a été l'objet.

2° Que son rôle dans l'établissement de la face est très important, puisque d'un côté il soutient en partie l'orbite par sa face supérieure et d'autre part, forme par sa face inférieure le plafond de la cavité buccale.

Dans un troisième chapitre, Duverger jette un coup d'œil historique sur la chirurgie des tumeurs du naso-pharynx.

Le chapitre IV est consacré à la description du procédé opératoire de Jean-Louis Faure et à l'opération de Moure qui est une modification de la précédente.

Mais décrivons d'abord le procédé de Faure, puis celui de Moure, afin de pouvoir les comparer ensuite et en faire saisir les différences.

OPÉRATION DE FAURE : *voie naso-maxillaire*.

Le malade étant en position de Rose, les parties molles sont incisées du premier coup à fond jusqu'à l'os. On fait d'abord une incision transversale sur le bord inférieur de l'orbite et sur une étendue d'environ deux ou trois centimètres. Puis, de l'extrémité interne de cette incision sous l'angle de l'œil, on fait partir une deuxième incision verticale suivant le sillon naso-génien jusqu'à l'insertion de la narine correspondante qui se trouve de ce fait complètement détachée. Cette incision verticale peut quelquefois suffire, *l'incision sous-orbitaire étant inutile ou réduite à un centimètre à peu près*.

DEUXIÈME TEMPS. — *Décollement du lambeau cutané*. On dissèque avec soin en dehors le lambeau cutané ; mettant ainsi à nu le rebord osseux de l'orifice antérieur des fosses nasales et la face antérieure du maxillaire supérieur sur une faible étendue.

TROISIÈME TEMPS. — *Section osseuse*. A l'aide d'une pince emporte-pièce, on agrandit d'un centimètre environ, en dehors et en haut, l'orifice antérieur de la fosse nasale correspondante. Cette échancreuse ouvre le sinus maxillaire. On procède ensuite à la suppression de la paroi interne du sinus et du cornet inférieur qu'on enlève très facilement à la pince emporte-pièce. La fosse nasale et le sinus ainsi

réunis forment une seule cavité très large, très claire, dans laquelle les instruments évoluent facilement. Si l'ouverture postérieure ne donne pas assez de jour il est facile de l'agrandir en enlevant une portion de la partie postérieure de la cloison des fosses nasales.

QUATRIÈME TEMPS. — *Ablation de la tumeur à l'aide d'instruments quelconques et tamponnement énergique en cas d'hémorragies.*

CINQUIÈME TEMPS. — *Sutures.*

OPÉRATION DE MOURE : *voie trans-maxillo-nasale.*

PREMIER TEMPS. — *Incision des parties molles.*

1^o *Incision verticale* partant de l'épine nasale du frontal en suivant l'angle interne de l'œil, le sillon naso-génien contournant l'aile du nez de manière à pouvoir rabattre complètement cet organe sur le côté. Les os propres, la branche montante du maxillaire supérieur et la fosse canine sont dénudés à la rugine.

2^o *Incision horizontale* perpendiculaire à la première, suivant le rebord de l'orbite à un demi-centimètre environ au-dessous, partant de l'angle interne de l'œil où elle joint l'incision verticale pour finir vers la tubérosité antérieure du malaire. Mise à nu par rugination de la face antérieure du maxillaire supérieur.

DEUXIÈME TEMPS. — *Résections osseuses.*

Après avoir récliné avec soin le canal nasal membraneux afin de ne pas avoir de fistule externe :

1^{re} *Section osseuse.* — Section verticale, à la gouge au point où l'apophyse orbitaire du malaire vient s'unir à l'apophyse malaire du maxillaire supérieur ; cette section est perpendiculaire au grand axe de l'orbite et se prolonge en passant par la fosse canine jusqu'au rebord alvéolaire. On pénètre ainsi complètement dans le sinus maxillaire.

2^e *Section osseuse.* — Section horizontale dans le sens antéro-postérieur.

A l'aide de la cisaille, dont l'un des mors passe dans le sinus, l'autre dans les fosses nasales, on détache la paroi externe des fosses nasales ou paroi intersinusienne de son insertion sur le plancher et du même coup on enlève le cornet inférieur qui s'y trouve inséré.

3^e *Section osseuse.* — Résection de l'os propre du nez ; de l'os unguis.

On a aussi mis à nu toute la cavité des fosses nasales et le sphénoïde n'est plus masqué que par le cornet moyen que l'on enlève aisément à la pince coupante ou encore avec la pince double gouge.

TROISIÈME TEMPS. — *Ablation de la tumeur.* A l'aide de la curette tranchante et de la rugine ou du doigt on détache les insertions de la tumeur en suivant ses prolongements dans toutes les anfractuosités du naso-pharynx. On peut terminer par une cautérisation au thermo-cautère.

QUATRIÈME TEMPS. — *Sutures. Pansements.* La cavité sinusienne et la cavité naso-pharyngienne sont bourrées avec une longue mèche de gaze iodoformée et la plaie cutanée suturée à points séparés au crin de Florence. Les avantages de cette méthode sont : d'éviter les

grands délabrements en respectant : 1° le plancher de l'orbite ; 2° le palais osseux ; 3° la cloison nasale ; 4° le canal nasal. Elle utilise ensuite l'antra d'Higmore pour donner plus de liberté à l'acte chirurgical.

Elle donne un jour considérable sur le naso-pharynx.

En résumé et se basant sur les résultats des opérations pratiquées par cette méthode, la voie trans-maxillo-nasale :

- 1° Ne donne ni déformation, ni cicatrice apparente ;
- 2° Pas de troubles trophiques ou sensitifs, pas de paralysies ;
- 3° Pas de larmolement ;
- 4° Ni affaissement de la fosse nasale, ni gêne de la respiration ;
- 5° Enfin les troubles de la déglutition et de la phonation ne sont point à redouter ici puisque le palais osseux et le voile restent intacts.

A. GROSSARD (de Paris).

II. — Anatomie chirurgicale du labyrinthe, par J. BOURGUET (Thèse de Toulouse, 1905).

Ce travail, basé sur l'étude attentive de soixante rochers est une mise au point de la question avec neuf figures originales. Il est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'anatomie du labyrinthe, la deuxième à la mise en œuvre des procédés opératoires qui découlent des constatations anatomiques relevées sur les diverses coupes.

Dans tout le cours de cette étude, c'est exclusivement le labyrinthe osseux qui est envisagé.

S'occupant tout d'abord du vestibule, l'auteur lui reconnaît deux formes : 1° la forme oblique la plus fréquente (vingt-deux fois sur vingt-cinq coupes verticales), sorte de cube allongé. Son grand diamètre est fortement incliné en dedans à 45° environ ; 2° la forme droite (12 %), véritablement cubique, dont les parois sont parallèles entre elles. La différence entre ces deux formes ne consiste pas seulement dans la direction des parois, mais encore dans la situation des orifices du canal demi-circulaire inférieur.

Contrairement aux descriptions classiques, les deux ouvertures du canal horizontal n'ont jamais été rencontrées sur la paroi supérieure, mais bien sur la postérieure.

Un point particulièrement intéressant à élucider était la distance exacte séparant le facial de la fenêtre ovale. D'après ses diverses mensurations, l'auteur conclut que *cette distance est constante et égale à 3 millimètres, quelle que soit la forme du vestibule*. La trépanation de la paroi externe du vestibule au-dessous du facial n'est praticable qu'au-dessus du pôle postérieur de la fenêtre ovale où une distance de 2 millimètres et demi sépare le facial de la paroi supérieure.

En considérant les canaux demi-circulaires, on peut se rendre compte que l'inférieur ne se trouve pas dans un plan absolument sagittal comme on le décrit généralement ; c'est une position rare qui ne se rencontre que dans la forme droite du vestibule.

La canal demi-circulaire externe ou horizontal des auteurs n'occupe vraiment cette situation par rapport au plan de l'espace que dans la forme droite du vestibule, c'est-à-dire exceptionnellement ; normalement, il est dirigé de dehors en dedans et de haut en bas : il est donc préférable de le désigner sous le nom de canal externe.

Ce qui est capital pour toute intervention, ce sont les rapports qu'affecte le canal externe avec le facial. Il occupe deux positions différentes : 1° dans la « position haute » la plus fréquente, le canal externe débouche dans le vestibule à 1 millimètre et demi ou deux au-dessus du facial, et, au niveau du point postérieur de réflexion, de ce dernier, il est à 3 millimètres ; 2° dans la « situation basse » il se place en arrière du nerf de la V^e paire. Ceci s'observerait surtout dans la forme oblique. Le point d'aboutissement ampullaire du canal externe se trouve sur une verticale passant par le pôle postérieur de la fenêtre ovale et à 3 millimètres et demi au-dessus de ce pôle. Or, on sait que le facial n'est qu'à 3 millimètres.

Quant aux rapports de la carotide avec le limaçon, ils sont très variables.

Abordant la deuxième partie de son travail, l'auteur rappelle les diverses voies que peut suivre le pus pour envahir le labyrinthe et la cavité crânienne, ainsi que les indications opératoires.

Après avoir exposé la technique des méthodes préconisées par Jansen, Hinsberg et Botey, B. fait remarquer que les efforts constants de ces auteurs ont pour unique objectif la protection du facial.

Le procédé de Jansen qui, pour fuir le facial, va par derrière isoler le vestibule, trépanant en dedans de l'aditus le canal demi-circulaire externe, le canal supérieur et le canal inférieur, lui paraît particulièrement menaçant pour le sinus pétreux supérieur, et surtout pour le golfe de la veine jugulaire. D'ailleurs le facial lui-même n'est pas absolument à l'abri.

Hinsberg ouvre le vestibule par devant, à quelques millimètres au-dessus de la fenêtre ovale, sans indiquer exactement à quelle distance. Il n'est cependant guère possible de se laisser guider au cours de l'opération par la vue seule, pour choisir avec certitude le point à trépaner. D'ailleurs, fût-il bien choisi que l'inégalité de la résistance de la coque labyrinthique chasse la fraise et la fait déraiper très souvent vers la fenêtre ovale, où sa résistance est presque nulle, et le facial a les plus grandes chances d'être intéressé.

La technique de Botey qui indique d'entrer dans le canal demi-circulaire externe au niveau de l'aditus, et de suivre sa lumière d'arrière en avant, paraît beaucoup plus prudente, car le facial est distant en ce point de 3 millimètres. Mais lorsqu'on applique la fraise, elle chasse très souvent en avant, menaçant ainsi continuellement le nerf ; lorsqu'on agrandit l'orifice vers la fenêtre ovale, on va fatalement à la rencontre du facial si le canal est en situation basse.

Pour garantir efficacement le facial, l'auteur a fait construire de concert avec Escat un protecteur. « Cet instrument est formé d'une petite plaque semi-lunaire fixée à angle obtus à une tige courbe

analogue à celle du protecteur de Stacke, et accommodée comme cette dernière à la courbure du conduit auditif externe. Au niveau de sa base, la plaque est pourvue d'un talon de 3 millimètres de longueur sur deux de large environ qui doit s'engager dans le vestibule, à travers la fenêtre ovale. Son extrémité est mousse et sa direction est sensiblement perpendiculaire à la surface de la plaque. La face supérieure du talon et la face postérieure de la plaque qui a une hauteur de 3 millimètres forment une concavité destinée à embrasser l'aqueduc de Fallope. » Ce « *protecteur facial* », vu la hauteur constante du nerf au-dessus de la fenêtre ovale, met ce dernier à l'abri de toute incursion fâcheuse de la fraise.

Quant à la technique générale de l'auteur, elle ne diffère pas essentiellement de celle de Hinsberg et de Botey.

Tout d'abord, évidemment aussi large que possible pour enlever en totalité le mur de la logette.

1^{er} temps. Ablation de l'étrier.

2^e temps. Mise en place du protecteur et trépanation du canal demi-circulaire externe au niveau du pôle postérieur de la fenêtre ovale donnant jour à la fois dans le vestibule et le canal supérieur. Enlèvement du protecteur, et évidemment de la branche antérieure du canal externe, en se dirigeant d'avant en arrière.

3^e temps. Ouverture inférieure du vestibule par destruction de l'encadrement inférieur de la fenêtre ovale jusqu'à la fenêtre ronde.

4^e temps. Ouverture du limaçon par agrandissement de l'ouverture précédente. Pour éviter la carotide, ne pas évider dans tout le diamètre transversal, pas plus que dans tout le diamètre vertical, par crainte du facial; faire sauter toute la saillie du promontoire en s'arrêtant en haut au bec de cuiller, en avant, à l'orifice tympanique de la trompe d'Eustache.

Ce travail est illustré de neuf figures originales très claires, montrant les divers temps de la trépanation labyrinthique.

F. LAVAL (de Toulouse).

III. — Contribution à l'étude des épistaxis, par Ch. ARMAND (Thèse de Paris, 1905).

L'épistaxis, bien qu'elle paraisse parfois constituer à elle seule toute la maladie, n'est qu'un symptôme.

Après un rapide aperçu sur la circulation des fosses nasales, l'auteur étudie l'épistaxis dans les diverses affections locales et générales où elle se rencontre.

L'hémorragie nasale débute d'une façon variable. Tantôt elle apparaît brusquement chez un sujet bien portant, tantôt elle est précédée de prodromes tels que : troubles vasculaires, signes de congestion céphalique, bouffées congestives, bourdonnements d'oreilles, vertiges, éblouissements, facies vultueux, picotement des yeux, rougeur des conjonctives, sensation de prurit du côté de la muqueuse nasale, prurit incitant au grattage qui provoque l'hémorragie. La quantité

de sang perdue est très variable : 50 à 500 grammes dans l'espace de vingt à trente minutes. Toutes les fois qu'un malade perd en 24 heures plus de 2 kilos 500 gr. de sang, on peut admettre que son existence est compromise. Le plus souvent l'épistaxis s'arrête d'elle-même, mais c'est la répétition de l'accident qui en fait la gravité.

L'hémorragie nasale est rare au-dessous de 6 mois, fréquente de 6 mois à 6 ans, surtout chez les garçons. Plus l'enfant approche de la puberté, plus les épistaxis deviennent fréquentes pour atteindre leur maximum de 15 à 20 ans.

Chez les fillettes de 12 à 14 ans, l'épistaxis apparaît comme prélude des règles qui surviennent quinze jours à trois semaines après; elles sont assimilables à celles que l'on rencontre chez les jeunes garçons du même âge, à tendances arthritiques, et qui correspondent à l'arrêt d'un flux hémorroïdaire. D'autres fois, l'hémorragie nasale remplace véritablement les règles. Elle se produit aussi chez des femmes de 40 à 50 ans, coïncidant avec la cessation des règles et les troubles de la ménopause.

« L'épistaxis grave après 60 ans peut être le premier coup de cloche qui sonne le glas. » C'est le signe avant-coureur de l'hémorragie cérébrale.

L'hémorragie nasale succède fréquemment à un traumatisme, aux interventions chirurgicales, à l'introduction de corps étrangers, des parasites, la mouche bleue de la viande et la *lucilia hominivora* des Indes, de la Guyane et des Antilles.

L'épistaxis est un symptôme banal de toute lésion ulcéreuse ou inflammatoire grave de la pituitaire; elle est fréquente dans l'ozène, dans l'ulcère de Hajek.

L'hémorragie est un symptôme essentiel de la plupart des tumeurs nasales et principalement des fibromes naso-pharyngiens. Les plus hémorragipares de ces tumeurs sont évidemment celles qui sont constituées par des vaisseaux dilatés.

Les tumeurs développées aux alentours des fosses nasales peuvent donner des épistaxis : anévrysmes de la carotide interne, tumeurs de l'amygdale pharyngée, adénoïdes en particulier. Le froid, la chaleur excessive, la diminution de pression atmosphérique, produisent le même résultat.

Toutes les causes susceptibles d'augmenter temporairement la tension des vaisseaux peuvent amener leur rupture.

Parmi les organes dont les lésions peuvent entraîner des épistaxis, le foie vient en première ligne. C'est surtout au début et à la fin de la cirrhose que l'épistaxis apparaît par suite de l'altération des vaisseaux par les toxines charriées par le sang.

Après le foie, c'est le rein qui doit être le plus souvent mis en cause. L'hémorragie nasale se rencontre au cours du mal de Bright, au début et à la période terminale préurémique. Chez les cardiaques, l'épistaxis peut se rencontrer aux différentes périodes de la lésion, surtout dans le rétrécissement mitral pur et l'insuffisance aortique. Les maladies du poumon ne donnent pas souvent lieu à des épistaxis;

la plupart agissent mécaniquement, par hypertension veineuse comme l'emphysème, ou en provoquant des efforts violents qui amènent des ruptures vasculaires comme la coqueluche. Au cours et surtout au début des infections aiguës, l'épistaxis est un phénomène courant : rougeole, scarlatine, variole, morve, oreillons, tétanos, grippe, rhumatisme articulaire aigu, paludisme, fièvre typhoïde à la convalescence surtout, diphtérie dans les formes graves. Au cours de toutes les cachexies, de quelque origine qu'elles soient, on peut voir survenir des hémorragies : anémie pernicieuse, leucémie, hémophilie, arthritisme, diabète, alcoolisme, saturnisme.

Le diagnostic facile est surtout important dans les états dyscrasiques qu'il permet de reconnaître. Survenant chez un individu en pleine santé, l'épistaxis doit faire penser à la cirrhose, au mal de Bright, et au diabète. Le traitement consistera en irrigation nasale, à l'emploi de jus de citron, perchlorure de fer, adrénaline à 1/2000, cocaïne à 1/40, l'antipyrine à 40/400, la ferripyrine, l'eau oxygénée à 12 volumes, le penghawar-djambi. Si ces procédés restent sans action, on doit utiliser la cautérisation, soit au galvano-cautère, soit à l'aide d'agents chimiques tels que nitrate d'argent solide dont on emploie une perle fondue au bout d'un stylet, soit l'acide chromique dont on se sert de la même façon. Mais si l'hémorragie est trop abondante, il sera utile de recourir à la compression ou mieux au tamponnement par étage avec du coton ou de la gaze à la ferripyrine. Armand proscrit le tamponnement antéro-postérieur comme douloureux et dangereux par les accidents séptiques dont il peut être la source.

Le traitement interne s'adressera à l'affection causale.

A. GROSSARD (de Paris).

IV. — Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine, par Jules PIVERT, de Laval (Thèse de Paris, 1905).

L'angine ulcéreuse de la scarlatine est, en général, précoce ; elle se manifeste dès le début de la maladie ; quelquefois même elle apparaît avant toute éruption cutanée.

Elle se présente sous forme de plaques blanc grisâtre qui affectent des sièges spéciaux par ordre de fréquence : piliers antérieurs, luette, voile membraneux ; quelquefois on les rencontre placées symétriquement de chaque côté de la mâchoire, derrière la dernière molaire à l'union de la branche montante et de la branche horizontale du maxillaire ; elles rappellent un peu l'aspect d'une plaque muqueuse cautérisée depuis quelques heures au nitrate d'argent. Cette ulcération a nettement les dimensions de la partie nécrosée ; elle n'a pas tendance à s'accroître aux dépens des tissus voisins ; elle ne décolle pas la muqueuse voisine qui reste saine d'apparence. Elle se forme avec une rapidité considérable, parfois en quelques heures. Comme la plaque qui la recouvre, elle est ovale ; ses bords taillés à pic sont

nets et tranchants sur la muqueuse environnante, qui est rouge et très enflammée. Le fond est couvert par un exsudat grisâtre, suppurant peu, mais mortifié. Ces ulcérations siègent ordinairement dans la région moyenne du voile et sont dirigées de dehors en dedans et de bas en haut; elles peuvent amener très rapidement, en deux ou trois jours quelquefois, une ou plusieurs perforations du voile du palais.

L'adénopathie est la règle, mais variable d'intensité. Les ulcérations avec perforations accompagnent le plus habituellement des scarlatines graves, mais la règle n'est pas absolue, du moins en ce qui concerne l'intensité de l'éruption.

Les ulcérations de la gorge dans la scarlatine peuvent apparaître très tardivement; elles siègent, en ce cas, de préférence sur les amygdales, à leur partie supérieure, empiétant plus ou moins sur les piliers du voile. Cette complication du processus angineux n'aggrave pas le pronostic en général.

Mais les perforations du voile du palais indiquent un pronostic presque fatal. La mort arrive, soit dans les premiers jours de la perforation, soit après la disparition de l'éruption, quand la convalescence paraît probable.

La diphtérie, l'otite avec parfois mastoïdite, les complications pulmonaires compliquent quelquefois l'angine ulcéreuse. Au point de vue anatomopathologique microscopique, il résulte un fait général : c'est combien peu de réaction inflammatoire existe souvent au niveau des parties qui constituent le fond même de l'ulcération.

Le diagnostic distingue l'angine ulcéreuse de la diphtérie par l'absence du bacille spécifique; de l'angine de Vincent par l'absence des bacilles fusiformes et des spirilles; des stomatites ulcéro-membraneuses par leur siège distinct; de la syphilis dont le début est très insidieux; de la tuberculose, dont la marche des ulcérations est très lente; du noma dont la lésion débute en plein tissu de la joue; de la gangrène du pharynx qui donne lieu à des escharres d'une fétidité repoussante.

L'angine ulcéreuse se montre, sous forme d'épidémie, chez des sujets jeunes, surtout entre la troisième et la sixième année, avec prédominance pour le sexe féminin.

L'angine ulcéreuse de la scarlatine est nettement contagieuse. Le traitement local doit consister en attouchements, au niveau des ulcérations, à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 1/30, matin et soir, accompagnés de grands lavages de gorge avec l'eau oxygénée étendue. Le traitement général, s'inspirera des différentes indications présentées par le malade.

A. GROSSARD (de Paris).

V. — **Ulcérations tuberculeuses chroniques du pharynx**, par G. PUYAUBERT (*Thèse de Toulouse, 1905*).

P. fait remarquer que la tuberculose chronique est rarement observée sur les parois du pharynx. Elle est susceptible de revêtir deux

formes bien distinctes, la forme végétante et la forme ulcéreuse. Ces deux aspects ne sont pas les étapes différentes d'une même lésion; il y a des formes ulcéreuses d'emblée et des formes végétantes d'emblée.

Les aliments, l'air ou les objets contaminés sont susceptibles de provoquer la tuberculose primitive du pharynx; mais dans la presque universalité des cas, elle est secondaire à des lésions du poumon, ou quelquefois des amygdales. Les crachats, les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins, servent de voie à l'infection. Dans l'observation publiée par Mazoyer et rapportée par l'auteur, les vaisseaux étaient nettement atteints d'ortérite.

Le diagnostic relève souvent de l'anatomie pathologique, surtout lorsque la mortalité de la progéniture du sujet plaide, comme dans le cas cité plus haut, en faveur de la syphilis.

Le pronostic de la lésion locale est subordonné à l'état pulmonaire. Si l'on n'intervient pas trop tard, on peut obtenir d'excellents résultats par le traitement général de la tuberculose, et le traitement local: excision et cautérisation. F. LAVAL (de Toulouse).

VI. — **Traitement des bourdonnements d'oreille, par l'effluve de haute fréquence**, par G. SÉOLTZ (*Thèse de Montpellier*, 1903).

L'auteur ajoute quelques observations prises dans le service du prof. Imbert, à celles déjà publiées par le Dr Marquès. Sur dix-sept malades, on eut : dix otites scléreuses dont trois ont guéri en un nombre de séances allant de vingt-sept à cinquante-sept; quatre ont été améliorées, trois n'ont pas été modifiées. Quatre otites sèches, dont une a été légèrement améliorée. Dans les autres cas (une polysclérose généralisée, une otite moyenne chronique, une otite moyenne purulente double), le résultat a été négatif.

L'auteur conclut que la H F ne donne aucun résultat s'il y a eu une suppuration auriculaire, mais que dans tous les cas où il y a otite scléreuse elle constitue le moyen thérapeutique de choix contre les bruits subjectifs.

Le traitement exige de vingt-cinq à cinquante séances (en moyenne trente) et ne devra jamais être inférieur à vingt. Chaque séance sera d'une durée de cinq à dix minutes. Au cours du traitement, on note habituellement une amélioration rapide, mais passagère (de la sixième à la dixième séance) bientôt suivie d'une rechute; après quelques nouvelles séances, l'amélioration reparait et s'accroît peu à peu jusqu'à la guérison plus ou moins tardive selon les malades. Pour parfaire et maintenir la guérison, le malade devra, même après la disparition de tout bourdonnement, se soumettre à une dizaine de séances d'effluves de la H. F.

E. HÉDON (de Montpellier).

V. — NOTES DE LECTURES

I. — La fonction acoustique des cavités pneumatiques de l'oreille, par KRETSCHMANN (*Arch. f. die gesammte Physiologie*, tome X, 1903).

L'auteur, convaincu que les cavités pneumatiques de l'oreille ont un rôle au point de vue de l'audition, a exécuté de nombreuses et très intéressantes expériences pour le rechercher.

Il compare les cavités de l'oreille moyenne à une cornue dont le col viendrait s'aboucher dans la caisse par l'*aditus ad antrum*. Les ondes sonores peuvent y agir en venant de la caisse ou en venant frapper les parois voisines.

Kretschmann s'est donc occupé de rechercher si cette dernière action était possible, si des corps solides, comme l'os qui entoure la cavité, pouvaient entrer en vibration par les ondes aériennes.

Une première expérience le convainquit que les ondes sonores sont réfléchies par les corps solides, s'additionnent aux nouvelles ondes parties de la source du son ou forment une onde fixe, amenant ainsi un renforcement du son.

On peut conclure que les corps solides sont mis en vibration et résonnent sous l'influence d'ondes aériennes.

D'autres expériences lui ont prouvé que l'os vivant vibre lui aussi par les ondes sonores. Lucae a déjà démontré que la main que les sourds appliquent contre leur oreille, pour mieux entendre, vibre, elle aussi, renforce le son et joue le rôle d'un résonateur.

Le cartilage vibre également comme l'os, et même est plus sensible que ce dernier à l'action des ondes sonores.

D'autres séries d'expériences ont amené l'auteur à l'opinion que la division en cellules pneumatiques par des lamelles osseuses diminue la production de sons accessoires provenant de la cavité aérienne. De plus, l'air de la cavité renforce les sons; il remplit ce rôle, soit que l'ouverture de celle-ci soit fermée ou non par une membrane tendue. L'action n'est pas influencée si la cavité renferme des corps poreux, contenant de l'air, solides. Le son propre d'un résonateur pourvu d'une membrane peut être modifié par un changement de tension de celle-ci.

D'autres expériences enfin confirment Kretschmann dans l'idée que les cavités de l'oreille moyenne forment un système destiné à renforcer le son et à rendre encore perceptibles des sons qui ne pourraient plus l'être sans ce système.

Il est vraisemblable, continue l'auteur, que la chaîne des osselets et les muscles qui s'insèrent aux extrémités de l'arc que forme cette chaîne rendent possible une tension des membranes de la cavité pneumatique qui précède le labyrinthe et puissent produire dans

cette cavité une augmentation ou une diminution du son, suivant les besoins de l'audition.

Il est probable que les cavités de l'oreille moyenne sont pour l'organe de l'ouïe un moyen de protection qui empêche les troubles que provoqueraient des sonorités trop fortes. L'oreille moyenne est donc un appareil d'accommodation qui, frappé par un son, se place dans la position nécessaire pour transmettre à l'appareil sensitif un son tel qu'il doit être transmis.

Les colonnes liquides vibrent aussi et renforcent le son. Le limaçon représente un système qui transmet efficacement à un milieu liquide les ondes aériennes sonores.

Enfin, la fenêtre ronde et la capsule osseuse du labyrinthe peuvent, mais seulement grâce à l'existence d'une cavité pneumatique, transmettre efficacement les ondes sonores à l'intérieur du labyrinthe; la fenêtre ovale, grâce à la cavité pneumatique close, améliore la propagation du son.

Telles sont, en résumé, les plus importantes conclusions du travail de Kretschmann. Nous regrettons de n'avoir pu rapporter ses très intéressantes et très ingénieuses expériences et de n'en avoir donné qu'un trop court aperçu. Qu'il nous suffise de dire que le travail de l'auteur est un modèle d'expérimentation physiologique et qu'il a le mérite de démontrer que les cavités pneumatiques de l'oreille ont un rôle important et bien défini.

MENIER (de Figeac).

II. — Mastoïdite et trépanation mastoïdienne chez les enfants, par WALTER WELLS (Communication à la Société médicale de Washington, in *Laryngoscope*, mai 1905).

Je citerai à peu près textuellement, de cet article intéressant, les détails anatomiques très précis qu'il contient sur le temporal de l'enfant et les modifications dans la technique opératoire qui en découlent. Cette étude ne contient rien qui n'ait été dit déjà, mais elle résume bien nos connaissances sur un point qui a besoin d'être parfaitement connu de tous.

Jusqu'à deux ans environ l'apophyse mastoïde est tellement peu appréciable, qu'on peut dire qu'elle n'existe pas. A deux ans c'est un tubercule insignifiant, qui n'acquiert son développement que vers trois à quatre ans. Strictement parlant, il ne peut y avoir chez le nouveau-né de mastoïdite ni de trépanation mastoïdienne; la maladie qui la remplace pourrait s'appeler « antrite » et l'opération « antrectomie ». Une autre particularité caractéristique du temporal infantile est l'absence de conduit auditif osseux. L'orifice externe du conduit se confond avec l'orifice tympanique. Il est formé dans les $\frac{3}{4}$ de son étendue par l'anneau tympanique, et dans son quart supérieur, par le segment de Rivinus. A mesure que l'os grandit, l'anneau tympanique se développe et arrive à former la paroi antérieure, le plancher et la moitié inférieure de la paroi postérieure du conduit auditif; le toit et la partie supérieure de la paroi postérieure

étant formés par un prolongement en dedans de l'écaille du temporal à la place de l'incisure de Rivinus.

On est encore frappé, en examinant un temporal d'enfant, de la persistance des sutures qui unissent les trois parties de l'os : l'écaille, le rocher et l'anneau tympanique. Souvent chez le nouveau-né ces trois parties peuvent être séparées les unes des autres sans fracture. Sur la surface extérieure, courant presque verticalement, est la suture squamo-mastoïdienne, qui persiste généralement assez pour être retrouvée pendant toute la vie. Chez l'enfant elle est presque entr'ouverte, le périoste plongeant dans la rainure. En opérant, on doit donc être très prudent en essayant de séparer le périoste, à cet endroit ; car, en maniant les instruments un peu trop fort, on pourrait pénétrer sans le vouloir à travers cette suture.

A la face interne du temporal, on remarque chez l'enfant une scissure horizontale bien marquée au bord inférieur de l'écaille, indiquant son union avec la partie pétreuse. Chez l'adulte, cette suture est à peine visible ; chez l'enfant c'est souvent une vraie fente remplie de tissu conjonctif et de vaisseaux, constituant une voie de communication dangereuse entre l'oreille moyenne et le cerveau.

Chez le nouveau-né et les tout jeunes enfants il n'y a qu'une cellule mastoïdienne : l'antre. Il est très superficiellement placé en arrière et au-dessus de la cavité tympanique, et communique avec elle par un aditus relativement très large.

La surface de l'os présente juste à l'endroit qui recouvre l'antre, chez l'enfant un aspect caractéristique qui forme un point de repère excellent.

De nombreux vaisseaux perforant la corticale en cet endroit, le transforment en un véritable crible d'aspect rougeâtre et de consistance friable, tache crébriforme, tache spongieuse.

Enfin, dernier fait, important à rappeler, c'est que chez le nouveau-né l'orifice de sortie du facial est sur la face externe et non sur la face inférieure de la partie pétreuse du rocher.

La conclusion de cette étude est que lorsqu'on a à intervenir sur une mastoïde d'enfant, l'opération demande une technique spéciale ; car en suivant les règles ordinaires de l'opération chez l'adulte on s'exposerait à des accidents sérieux et peut-être mortels.

Ainsi, dès la première incision, si, comme c'est la règle ordinaire, on incise franchement, jusqu'à l'os, dans le sillon rétro-auriculaire et sur toute la hauteur de l'apophyse, on peut couper le facial qui chez le nouveau-né, comme on vient de le dire, sort du temporal juste en arrière de la partie moyenne du méat. Chez l'adulte on recommande de détacher le périoste avec force au moyen du détache-tendon ; ce temps demande chez l'enfant la plus grande attention, en raison de la béance de la suture squamo-mastoïdienne dans laquelle l'instrument peut pénétrer. Chez l'adulte on trépane derrière le méat, dans un espace dont la limite supérieure est la tangente passant par le pôle supérieur du méat. Chez le nouveau-né, cette ligne formera au contraire la limite inférieure de l'ouverture osseuse. Chez l'adulte,

il faut non seulement ouvrir l'antre, mais les cellules mastoïdiennes ; chez les enfants au-dessous de deux ans, si l'on voulait essayer de dépasser l'antre, on s'exposerait à léser le nerf facial ou le sinus latéral.

En quelques mots, voici la technique à employer chez les enfants au-dessous de trois ans.

L'incision cutanée sera faite comme chez l'adulte dans le sillon rétro-auriculaire ; mais, elle n'ira jusqu'à l'os que dans sa partie supérieure dans la crainte de léser le facial dans la partie inférieure ; de plus, comme chez le nouveau-né et le tout jeune enfant il n'y a pas de conduit auditif osseux, et que le conduit auditif cartilagineux a sa paroi supérieure appliquée sur la portion squameuse du temporal, juste au-dessus de l'orifice tympanique, l'incision sera commencée en un point relativement plus élevé que chez l'adulte. Comme il n'y a ni épine de Henle, ni ligne temporale pouvant servir de points de repère, le mieux est de dénuder suffisamment la paroi postérieure et la paroi supérieure du conduit auditif et de chercher la tache spongieuse, juste au-dessus du tubercule postérieur de l'anneau tympanique. Chez les enfants de deux ans et au-dessous, cette tache correspond exactement à l'antre. Chez les enfants plus âgés on doit prendre la paroi postérieure et la paroi supérieure du conduit comme points de repère, et faire la trépanation à deux millimètres derrière l'intersection des tangentes à ces deux parois. L'antre étant superficiel la curette suffit pour l'ouvrir ; si l'os est trop dur on fera usage d'une petite gouge d'un centimètre de large : le marteau sera manié très légèrement, et la gouge tenue de façon à éviter toute échappée qui serait particulièrement dangereuse sur os tendre et friable d'enfant. L'antre atteint, il faut le débarrasser des fongosités et produits septiques, mais il n'est pas nécessaire habituellement de curetter l'aditus comme chez l'adulte, car il est, chez l'enfant, habituellement plus large et moins facile à obstruer. Il ne reste plus alors qu'à tamponner doucement la cavité avec de la gaze antiseptique et l'opération est achevée. Le traitement ultérieur ne diffère pas chez l'enfant et chez l'adulte.

Si l'on a affaire à une mastoïdite causée par une otite moyenne aiguë, on peut espérer une rapide guérison ; mais si la mastoïdite a succédé à une vieille otorrhée, la simple opération de Schwarze ne suffira pas ; il faudra faire un évidemment ; la guérison ne sera obtenue qu'à cette condition, comme chez l'adulte.

V. VERGNIAUD (de Brest).

III. — Contribution à la pathologie de l'oreille interne, par ZERONI (*Arch. f. Ohrenh.*, 1904, vol. 63, fasc. 3 et 4, p. 174).

Z. rapporte l'observation suivante : un homme de 67 ans, à la suite d'une suppuration de l'oreille gauche, présenta une brusque et violente attaque de vertige qui le fit tomber, et, peu de temps après, une paralysie faciale gauche. Dans les jours suivants, les attaques de

vertige se répétèrent souvent, mais moins violentes que la première, et la paralysie faciale persista. L'opération montra la présence de masses de cholestéatome dans l'antre dont les parois étaient éburrées. La saillie du canal demi-circulaire horizontal manquait pour une moitié. A la place de la moitié antérieure, il y avait une carie étendue dont il ne s'écoulait cependant pas de pus. Au-dessous de cette carie et latéralement, le facial hypérémié était complètement à nu dans la cavité. Malgré l'opération, les vertiges persistèrent, et cinq semaines après, le malade mourut d'une pneumonie. Pendant la nécropsie, le rocher gauche fut extrait en entier et fixé pour l'examen microscopique. Celui-ci montra un nerf facial complètement dégénéré et un canal demi-circulaire horizontal présentant les lésions suivantes : La carie occupe la moitié antérieure du canal. Celui-ci est ouvert dans une grande étendue, principalement par destruction de sa paroi latérale et inférieure, tandis qu'une partie de sa paroi supérieure existe encore. A la limite de la lésion, il y a néoformation osseuse. Le contenu du canal ouvert consiste en un tissu à granulations de même aspect que celles existant dans la caisse. Du canal demi-circulaire membraneux, il n'existe plus rien, sauf vers l'embouchure, dans l'ampoule où l'on voit une faible lumière limitée par une mince membrane. Dans la partie postérieure du canal, le canal membraneux persiste, mais ses parois sont épaissies, le revêtement épithélial manque complètement et la lumière est remplie de granulations. Mais près de l'embouchure, dans l'utricule, ce faible reste du canal membraneux disparaît de nouveau, et là on ne voit seulement qu'un jeune tissu de granulations. Des altérations semblables existent aussi dans le canal demi-circulaire postérieur. Des suffusions sanguines se montrent dans la lumière des canaux, là où elle est libre de granulations, dans la cavité des ampoules et l'utricule.

L'auteur fait suivre cette observation de considérations que voici résumées. Pour ce qui concerne la nature du processus pathologique qui a amené l'atrophie du nerf, on peut penser à une inflammation et à une compression par les granulations. Du côté du canal demi-circulaire, il est intéressant de remarquer que la néoformation osseuse indiquait une tendance très nette à la réparation et à la fermeture du canal ; cette constatation est la preuve du pouvoir de régénération de la capsule labyrinthique, auquel l'opération aurait pu venir en aide. Une restitution ad integrum du labyrinthe partiellement détruit n'est donc pas impossible. Les suffusions sanguines avaient dû se produire peu de temps avant la mort, et provenaient sans doute des troubles circulatoires agoniques. Le vertige relevait naturellement de la lésion des canaux demi-circulaires ; mais s'étant produits sous forme d'une attaque subite avec association d'une paralysie faciale, il avait d'abord conduit à une erreur de diagnostic ; on avait en effet pensé au début à une attaque d'apoplexie. Le vertige n'est pas nécessairement lié, il est vrai, à la destruction du labyrinthe, car il y a un grand nombre d'observations où ce symptôme manquait dans des cas de lésions traumatiques ou de carie du labyrinthe ; il est vraisemblable qu'il

représente dans la plupart des cas, non un phénomène de déficit, mais un phénomène d'irritation nerveuse. L'auteur pense que lorsqu'il fait défaut, c'est que le processus pathologique s'attaque d'abord aux nerfs vestibulaires dans leur trajet, et altère leur propriété de conduction. Dans le cas rapporté, le vertige apparaissait irrégulièrement, avec une intensité variable, parfois manquait totalement. Cette irrégularité pouvait provenir des variations dans l'irrigation sanguine du tissu de néoformation des canaux demi-circulaires. Le pronostic de telles attaques de vertige est important. Dans le cas présent, il est probable qu'avec le temps, la marche de la lésion se serait arrêtée, les tissus granuleux consolidés, et que par conséquent les conditions d'excitation des organes ampullaires auraient fini par cesser.

E. HÉDON (de Montpellier).

IV. — Un cas de bourdonnements et de vertiges traités par la section du nerf acoustique, par R. H. PARRY (*The Journal of laryngology, rhinology and otology*, août 1904).

Il s'agit d'un mécanicien de trente ans qui souffrait depuis six ans de vertiges au point de cesser tout travail. Des bourdonnements existaient dans les deux oreilles; ni syphilis, ni alcoolisme. Dans les trois dernières semaines où il fut surveillé, il se plaignit d'une grande douleur derrière la tête. Tout traitement médical connu ayant échoué, une opération fut décidée.

Après discussion, il fut résolu de sectionner l'acoustique; pour l'atteindre trois chemins pouvaient être choisis: la mastoïde, la fosse cérébrale postérieure, la fosse cérébrale moyenne. La première route avait pour objection le danger de l'hémorragie sinusale; dans la seconde route, l'acoustique était trop loin de l'ouverture osseuse. La troisième route fut choisie, c'était la plus courte distance de la boîte osseuse au conduit auditif interne, il était plus facile de récliner les parties voisines et enfin l'hémorragie était moins à redouter.

Description de l'opération. — Une incision courbe fut faite du centre de l'arcade zygomatique à la base de la mastoïde jusqu'à la suture pétro-squameuse. La portion squameuse de l'os temporal fut effondrée au moyen du tour en six endroits différents et les ponts furent sectionnés à la scie; l'os fut enlevé avec des élévateurs, de façon à constituer un volet ostéo-cutané tourné en bas. La dure-mère fut réclinée de la portion pétreuse jusqu'à la saillie du bord supérieur du rocher constituée par la saillie des canaux semi-circulaires.

L'oreille moyenne fut inspectée par l'ablation de son toit; elle ne présentait aucune trace de pus, sa cavité fut bourrée aseptiquement. La dure-mère fut ensuite ponctionnée pour l'évacuation du liquide céphalo-rachidien (pour faciliter les manœuvres) et ensuite détachée avec le plus grand soin du bord supérieur du rocher pour éviter l'hémorragie; la tente du cervelet fut prise dans des écarteurs: il y eut une légère hémorragie arrêtée par les tamponnements.

Pour bien distinguer la branche vestibulaire de la branche cochléaire, l'os fut réséqué, mais malheureusement, dans ce temps opératoire le nerf facial fut atteint : le nerf de la huitième paire fut tirée de côté et sectionné. La plaie fut fermée et suturée sauf aux angles inférieurs où on laissa comme drain une mèche de gaze iodoformée : elle guérit en dix jours, la température resta normale. L'amélioration fonctionnelle fut loin d'être complète, le vertige était resté.

C'est le premier cas où le nerf acoustique est coupé sur le vivant avec succès opératoire. G. DINSBURY (de Paris).

V. — Méthodes modernes de traitement des affections des sinus de la face, par HOLBROOK CURTIS, de New-York (*The Laryngoscope*, mai 1903).

L'auteur envisage d'abord la sinusite frontale aiguë. Le spécialiste ne voit généralement le malade que sept à huit jours après le début de l'affection, alors que fatigué par la maladie et par le traitement, dont les calmants forment la base, il est disposé à tout pour guérir. Il emploie dans des cas le traitement suivant : Application pendant 12 minutes d'un tampon de cocaïne et d'adrénaline sur le cornet moyen ; puis, ablation de la partie antérieure du cornet par deux à trois coups de pince de Grünwald de façon à découvrir les cellules ethmoïdales. La pince est alors dirigée à un centimètre au-dessous d'une ligne imaginaire passant par la commissure interne des deux yeux, et les cellules ethmoïdales ouvertes d'avant en arrière. Après l'ablation de l'extrémité du cornet moyen, les cloisons ethmoïdales, se laissent quelquefois si facilement pénétrer, qu'on les détruit au moyen d'un cathéter de la trompe promené d'avant en arrière, ou de tout autre instrument mousse analogue ; la lame criblée sera évitée en ayant soin de tourner toujours le bout de l'instrument en dehors vers la paroi interne de l'orbite ; une différence de résistance indique facilement qu'on est arrivé sur cette paroi. Dans certains cas, l'auteur complète cette destruction du massif latéral de l'ethmoïde par l'emploi d'une fraise mue électriquement. Dans toutes les interventions de ce genre, il lui a toujours été facile de sentir le moment où il pénétrait dans le canal naso-frontal, on peut contrôler cette pénétration par le cathétérisme et une injection de liquide dans le sinus ; l'opéré en rend compte en disant qu'il sent l'injection derrière l'œil et dans le front.

Cette intervention n'est indiquée naturellement que pour les cas aigus ; cependant, d'après l'auteur, dans les cas de sinusite chronique c'est le moyen le plus rapide de faire disparaître des accidents aigus demandant une intervention urgente. Le deuxième ou troisième jour, toute douleur a disparu, et généralement au bout d'une semaine, la maladie est guérie.

Dans les sinusites frontales chroniques, le choix du mode d'intervention est déterminé moins par l'état du sinus que par celui des cellules ethmoïdales voisines. Aussi le choix sera-t-il différé, autant

que possible, jusqu'au moment où l'on aura pu explorer le plancher du sinus. Si les cellules ethmoïdales sont infectées il faut faire un Killian et étendre la résection osseuse jusqu'à la suture naso-frontale, de façon à avoir plus de facilité pour atteindre les cellules ethmoïdales postérieures. Dans le cas où l'on est certain que les cellules ethmoïdales postérieures sont indemnes, l'opération de choix est la résection de la paroi antérieure du sinus, de façon à obtenir l'oblitération de cette cavité. Le sinus soigneusement curetté est bourré de gaze iodoformée, et le traitement post-opératoire conduit comme celui d'un évidement pétro-mastoïdien. Les lèvres de la plaie sont suturées sauf en un point, de façon à permettre le tamponnement. Le canal fronto-nasal a été considérablement élargi, mais l'auteur ne met ni drain ni mèche de ce côté. Le plus souvent la guérison est obtenue par oblitération complète de la cavité sinusale; mais dans quelques cas où il avait laissé la plaie extérieure se fermer trop vite, l'auteur a vu la guérison obtenue avec la reconstitution d'une membrane muqueuse dans l'intérieur du sinus.

Lorsqu'il y a en même temps sinusite frontale et sinusite sphénoïdale, le Killian est indiqué.

S'il y a inflammation simultanée du sinus maxillaire, du sinus sphénoïdal, des cellules ethmoïdales, il faut, suivant le procédé de Jansen, faire sauter la paroi antérieure et la paroi interne du sinus maxillaire et pénétrer par cette voie jusqu'aux cellules ethmoïdales et au sinus sphénoïdal. Quand la sinusite sphénoïdale existe seule il faut attaquer la paroi antérieure du sinus par la voie nasale, après résection du cornet moyen.

La destruction complète de la paroi antérieure du sinus suffit pour amener la guérison de la sinusite, sans qu'il soit nécessaire de faire de pansement du sinus qui aura été cependant curetté aussi soigneusement que possible.

La conduite à suivre en cas de sinusite maxillaire est encore l'objet de nombreuses controverses. L'opinion de l'auteur est que, lorsqu'il n'y a pas de lésions osseuses des parois de ce sinus, il vaut mieux l'ouvrir par la voie endo-nasale. Il a toujours été étonné de la facilité avec laquelle on peut, par cette voie, après avoir réséqué le cornet inférieur, ouvrir largement le sinus, le curetter et le tamponner.

Si après cette intervention on n'obtient pas la guérison de la sinusite, on est en excellente situation pour faire un Caldwell-Luc, puisque l'on a déjà une large ouverture du côté des fosses nasales, et qu'on peut fermer immédiatement, sans crainte, l'incision buccale.

VERGNIAUD (de Brest).

VI. — Les paralysies du larynx et leur signification pour le diagnostic, par HAROLD BARWELL, de Londres (*The Lancet*, 3 juin 1905).

L'auteur remarque que les paralysies laryngées, dues aux maladies

des organes divers, peuvent aider beaucoup le médecin au point de vue du diagnostic; il insiste sur ce point que la forme commune, c'est-à-dire la paralysie abductrice, n'atteint pas la voix et ne peut être diagnostiquée que par l'examen laryngoscopique.

A cause du peu d'étendue du nerf laryngien supérieur, la paralysie isolée du muscle crico-thyroïdien se rencontre très rarement, mais elle peut être causée par une adénopathie ou par section du nerf, surtout par une tentative du suicide; les lésions du nerf pneumogastrique, au-dessus de la portion de son trajet où il donne naissance au nerf laryngien supérieur, produisent aussi la paralysie du muscle crico-thyroïdien; mais les symptômes, toujours peu marqués, sont masqués par la paralysie des autres muscles de la corde vocale. Quand ce muscle est atteint, la corde ne peut pas se tendre et la voix se fatigue vite, mais il n'y a pas d'aphonie.

Alors l'auteur décrit les fonctions des autres muscles des cordes où se rendent les nerfs laryngés récurrents. L'écartement normal de la glotte, plus large que l'écartement cadavérique, est dû à l'action tonique des dilatateurs. Une lésion du nerf, qui s'avance graduellement, n'atteint pas tous les muscles en même temps, mais dans un ordre déterminé. C'est le muscle crico-aryténoïdien postérieur (dilatateur) qui est atteint le premier; alors le muscle thyro-aryténoïdien (phonateur), et enfin le muscle crico-aryténoïdien latéral (constricteur de la glotte) sont attaqués; dans les lésions unilatérales, le muscle ary-aryténoïdien est indemne. Tout bien considéré, on croit que cet ordre est dû, non au spasme des muscles constricteurs, mais à la faiblesse du dilatateur.

Suit un exposé des symptômes et des aspects laryngoscopiques que présentent ces formes diverses de la paralysie.

Le diagnostic est ordinairement tout à fait facile; même l'examen le plus rapide suffit à reconnaître l'aspect asymétrique des cartilages aryténoïdes. Quelquefois, chez les malades timides, les cordes vocales se rapprochent pendant l'inspiration, mais elles se séparent naturellement après un effort phonétique prolongé. D'ailleurs, la fixation du cartilage aryténoïde, due à des lésions diverses, peut simuler la paralysie; mais on trouve presque toujours des cicatrices, des difformités, et le cartilage aryténoïde reste immobile, ni refoulé par le cartilage non paralysé, ni tiré en dedans pendant l'effort de phonation.

Considérant les causes de ces paralysies, l'auteur attribue au larynx deux fonctions: la phonation et la respiration. La phonation, acquise plus récemment et contrôlée par l'intelligence, est atteinte par la paralysie hystérique ou « fonctionnelle », toujours bilatérale; de l'autre côté, la fonction respiratoire, plus fondamentale et peu contrôlée par l'intelligence, est paralysée plutôt par les lésions organiques des nerfs. Une lésion unilatérale, au-dessus du bulbe médullaire, ne peut pas paralyser les cordes, qui sont contrôlées par les deux hémisphères cérébraux, et une lésion bilatérale doit causer une paralysie bilatérale des dilatateurs.

La cause de la paralysie est souvent difficile à trouver et, selon Lermoyez, elle reste inconnue dans le tiers des cas.

Entre les lésions de la moelle, les centres nerveux les plus rapprochés sont souvent atteints; on trouve une parésie du voile du palais, de la luette ou du pharynx. La paralysie est très souvent bilatérale.

Parmi les causes bulbaires, le tabes se présente le plus souvent; chez 34 tabétiques, Permewan a observé sept fois une paralysie abductrice.

La syphilis cérébrale, cause fréquente des paralysies laryngées, atteint souvent aussi les muscles oculaires.

Chez les paralytiques glosso-labio-laryngiens, on trouve ordinairement une paralysie bilatérale du larynx, mais elle se présente tard, quand la langue est atrophiée et le voile du palais et le pharynx déjà atteints.

Parmi les causes périphériques, la névrite se présente plus souvent qu'on ne l'avait supposé. On doit distinguer deux formes différentes: la névrite toxique due à l'intoxication plombique, plus rarement alcoolique ou mercurielle, et la névrite infectieuse due au typhus, à la grippe, etc.; dans ces cas on trouve ordinairement d'autres lésions typiques de névrite. D'ailleurs, il y a des cas de névrite primitive due en apparence au catarrhe.

Mais la cause la plus fréquente de la paralysie est la compression du nerf récurrent ou du pneumogastrique, surtout: 1° Par les anévrysmes de la crosse aortique (de toutes les lésions qui produisent les paralysies laryngées, c'est la cause la plus fréquente); 2° par les adénopathies tuberculeuses, plus rarement syphilitiques ou cancéreuses; 3° par les cancers de l'œsophage. Parmi les causes plus rares se trouvent les néoplasmes médiastiniques, la phtisie pulmonaire, qui atteint plus souvent le nerf récurrent droit, les tumeurs et l'hypertrophie du corps thyroïde, le cancer pulmonaire, la pleurésie et la péricardite. La paralysie, due aux lésions périphériques, est rarement bilatérale; les goîtres et les cancers de l'œsophage sont les causes les plus communes.

Pour terminer, l'auteur décrit la paralysie des muscles constricteurs de la glotte. On la trouve souvent chez les hystériques; mais beaucoup de ces cas ne sont pas dus seulement à l'hystérie. La laryngite et l'asthénie, en rendant plus pénible l'effort de la phonation, prédisposent fortement à l'aphonie fonctionnelle, symptôme que l'auteur trouve assez souvent chez les poitrinaires.

L.

VII. — La tuberculose du larynx doit-elle être considérée comme une indication pour l'interruption artificielle de la grossesse? par KÜTTNER (*Berlin. klin. Woch.*, 1905, nos 29 et 30).

L'auteur s'était déjà occupé de la question au Congrès des Naturalistes (Hambourg, 1901); le 13 juin 1905, il y est revenu d'une

façon plus étendue, devant la Société allemande de laryngologie à Heidelberg.

Il a recueilli environ cent cas de tuberculose laryngée pendant la grossesse : chez trois femmes, l'avortement fut produit avec succès ; chez sept, la grossesse arriva à terme ; toutes les autres moururent des progrès de leur affection pulmonaire et laryngée dus à la grossesse.

Sur soixante-six enfants nés de ces malades, trente-neuf, soit 59 à 60 %, moururent bientôt après la naissance, onze vivaient encore quelques semaines après, dix dépassèrent un an, quatre étaient très faibles ou malades.

La phtisie laryngée atteint fréquemment les primipares ; mais il y a des cas de VIII et X pares qui furent atteintes.

Il est rare que la tuberculose laryngée existe avant la conception, car, les femmes malades ne se marient pas ou bien la conception est exceptionnelle à cause de leur état cachectique. La tuberculose laryngée amendée ou guérie récidive sous l'influence de la grossesse.

L'affection débute le plus souvent sournoisement dans les premiers mois de la grossesse.

L'accouchement amène une amélioration, malheureusement peu durable, des symptômes. Mais souvent, l'aggravation est rapide, il semble que l'organisme épuisé par les efforts de l'accouchement ne puisse plus résister aux progrès du processus pathologique.

Le traitement produit peu de résultats. La trachéotomie, cependant, employée de bonne heure peut donner des succès [une malade de Schmiegelow survécut deux ans].

L'auteur passe ensuite à la question de l'avortement provoqué.

Il s'en occupe d'abord au point de vue médico-légal.

Les commentateurs de l'article 218 du Code pénal allemand déclarent que pour sauver la mère, l'avortement est permis. Le motif donné par un des commentateurs mérite d'être rapporté à titre de curiosité : « L'avortement pratiqué pour sauver la mère et avec son assentiment ne doit pas être puni, car le fœtus, *partie intégrante de la mère*, n'a pas droit à la protection de la loi. Mais il en serait autrement, s'il était assez avancé pour qu'on pût le considérer comme un être humain ».

Küttner conseille en tout cas de réunir des confrères en consultation et de faire part à la malade, en présence de témoins, de la décision prise.

Au point de vue religieux, la cour de Rome a, le 24 juillet 1894, interdit l'avortement provoqué même pour le cas où il serait la seule chance de salut pour la mère. Ainsi, il est défendu d'enseigner, dans les Facultés catholiques, la craniotomie et toute opération chirurgicale qui doit tuer le fœtus. L'auteur fait ressortir, tout en respectant les convictions d'autrui, qu'on ne peut légitimement demander à un être vivant de se sacrifier pour le salut d'un autre être d'existence encore incertaine.

L'avortement doit être fait le plus tôt possible.

Voici enfin quelles sont les conclusions de l'auteur :

1^o La phtisie laryngée diffuse pendant la grossesse est d'un pronostic très défavorable ;

2^o La mortalité des enfants dont la mère a souffert de tuberculose laryngée pendant la gestation est extraordinairement grande ;

3^o Tenant compte des deux points ci-dessus, la phtisie laryngée est, en principe, une indication justifiée pour l'avortement provoqué ;

4^o L'avortement provoqué dans la tuberculose du larynx n'est permis que lorsque, d'après l'état des choses, il est la seule possibilité de salut et offre quelques probabilités de survie pour la mère ;

5^o D'après les données actuelles, les chances sont peu favorables pour l'avortement *dans les derniers mois*. A cette époque la trachéotomie, tant qu'il ne s'agit pas de cas désespérés, peut encore offrir quelque espoir.

MENIER (de Figeac).

VIII. — La laryngo-sténose syphilitique, par ASELINO-MARTIN (*Gazeta medica Catalana*, juin 1905).

La laryngo-sténose à marche lente est tuberculeuse, syphilitique ou néoplasique. Le diagnostic est souvent très difficile. Sans doute, il y a le traitement pierre de touche, mais parfois il est inefficace. Le larynx est très difficile à voir, à cause, par exemple, de périchondrites. Quelquefois il y a eu une gomme laryngée diffuse, qui n'a pas été traitée à temps, qui s'est ulcérée et a fait des adhérences cicatricielles nombreuses qui ont abouti à la sténose et il ne reste plus qu'à pratiquer la trachéotomie. Voici quelques cas.

1^o Enfant de 10 ans atteint d'hérédosyphilis et de lésions laryngées (laryngite végétante et infiltrante, avec cornage intense et toux persistante) qui en imposaient pour de la tuberculose. Le traitement spécifique institué aggrave l'état local à tel point qu'on doit le trachéotomiser d'urgence. On trouve une périchondrite suppurée avec tellement de trajets fistuleux qu'on pense à faire une résection laryngée, mais heureusement un traitement spécifique intense (huile grise et iodure) modifia tellement l'état du malade à ce moment qu'on put boucher la canule. On abandonna pour un certain temps le traitement mercuriel et il apparut au niveau de la mâchoire inférieure, un ostéome volumineux qui disparut grâce à des injections d'ènesol. Ce traitement fini, on aperçut sur le voile, une gomme qui le perfora en trois jours. Le larynx s'est maintenu bien et on ne laisse la canule que par excès de précaution.

2^o Homme de 63 ans présentant une sténose laryngée, à marche très lente et très bien tolérée, sans autre symptôme que l'insuffisance respiratoire. L'aspect scléreux, cicatriciel du larynx et la coexistence d'une perforation palatine ne laissaient aucun doute sur l'origine du mal. On essaya sans résultat la dilatation progressive avec des tubes de Schrötter ; on fit alors la trachéotomie avec succès, mais une pneumonie emporta le malade au bout de quelques mois.

3^o Femme de 23 ans, sans antécédents appréciables ; symphyse sta-

phyllo-pharyngée complète, atrésie membraneuse complète de la narine droite et incomplète de la gauche. Le diagnostic hésitait entre lupus et syphilis; l'auteur préférait celui-ci. Il rétablit avec beaucoup de difficulté la respiration nasale en creusant un vrai tunnel à travers ces membranes; des phénomènes de sténose causée par des synéchies pharyngo-bucco-épiglottiques survinrent rapidement et imposèrent une trachéotomie.

4^e Homme de 42 ans; syphilis ancienne; pas de manifestations depuis quinze ans; subitement raucité, puis aphonie; l'aspect laryngoscopique est celui d'une laryngite diffuse; le traitement spécifique aggrave la sténose et on est obligé de trachéotomiser: il y a de la péri-chondrite avec infiltration gommeuse diffuse qui a marché très lentement.

L'auteur, pour finir, signale la gravité de ces accidents, conseille un traitement préventif sérieux et curatif rapide et énergique.

E. BOTELLA (de Madrid).

VI. — ANALYSES

I. — OREILLES

Contribution à l'étude du développement embryonnaire et post-embryonnaire du limaçon des mammifères et de l'homme, par WERNIEUWE, de Gand (*Presse otol., laryngol. belge*, juin-juillet 1905).

Intéressant travail d'histologie et d'embryologie accompagné de copieux renseignements bibliographiques. Les dessins de l'auteur pris à la chambre claire sont suffisamment démonstratifs. L'exposé des recherches de l'auteur est clair et d'une lecture attachante; la concision en est telle qu'un résumé de l'article n'est pas possible.

BREYRE (de Liège)

Arrêt de développement et malformation de la conque avec paralysie faciale congénitale, unilatérale par hypoplasie du nerf, par Rob. NEUENBORN (*Arch. f. Ohr.*, 1905, p. 113).

Description, avec trois photographies à l'appui, du facies d'un homme de 28 ans, chez lequel le pavillon de l'oreille était atrophié et mal conformé depuis la naissance; et le nerf facial paralysé à droite. D'après les symptômes de cette paralysie (participation des fibres gustatives de la corde et des fibres motrices du voile du palais du grand pétéux superficiel), la lésion devait siéger dans le canal de Fallope. Il n'y avait pas eu de traumatisme. L'exploration électrique éliminait un trouble direct de la vitalité du nerf, par exemple une paralysie par compression. Il ne restait comme application qu'à admettre un rétrécissement anormal du canal de Fallope ayant mis obstacle au développement du nerf facial.

E. HÉDON (de Montpellier).

Microtie congénitale du pavillon de l'oreille avec imperforation du conduit auditif. Hémiplegie du voile du même côté et atrophie du pavillon tubaire, par P. CORNET, de Constantine (*Ann. mal. or.*, n° 7, juillet 1905).

L'observation note que le pavillon était simplement représenté par un pli cutané longitudinal avec atrophie de l'oreille externe, poussée à ses dernières limites. En revanche, le labyrinthe paraissait normal d'après les données de l'examen fonctionnel. Il n'y a pas forcément corrélation, apprend ce nouveau fait clinique, entre les malformations externe et interne de l'appareil auditif. L'auteur fait remarquer l'indépendance bien connue du développement anatomique des deux organes. Rien d'étonnant donc qu'une oreille externe anormale puisse exister avec un labyrinthe sain.

Il y avait en même temps, chez le sujet arabe examiné, une hémiplegie absolue du voile à droite sans paralysie faciale, linguale ni

laryngée; seuls les muscles péristaphylins étaient intéressés. La rhinoscopie postérieure montrait enfin une atrophie de la lame cartilagineuse au niveau du pavillon tubaire droit, c'est-à-dire une paralysie congénitale des muscles tenseur et releveur de la trompe.

Un trouble nerveux ne saurait expliquer la coexistence de ces trois lésions en raison de l'origine différente pour chaque territoire anatomique des filets qui les innervent.

Quant à l'intervention opératoire le bénéfice qu'on en retire est si exceptionnel, que la tunnellation du conduit auditif ne fut point pratiquée chez ce malade; on s'est contenté, suivant l'usage, d'améliorer la forme du pavillon rudimentaire *par des procédés de plastique convenables*.

FAIVRE (de Luchon).

Sur la signification morphologique de l'organe de l'ouïe, par C. POLI (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 15 juillet 1905).

D'après les recherches d'embryologie et d'anatomie comparée de l'auteur, « la signification morphologique de l'organe de l'ouïe des vertébrés retrouve son explication dans les cirres dorsaux des annélides dans lesquels se serait, par la subdivision évolutive de la destination fonctionnelle, et à une époque non encore bien fixée, localisée la faculté de percevoir les ondes sonores ».

P. PILLEMENT (de Nancy).

Sur la théorie de la transmission du son, par BOENNINGHAUS, de Breslau (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. I, janvier 1905).

Une étude très complète, basée sur les recherches de Bezold et sur des expériences personnelles, a permis à l'auteur de formuler les conclusions suivantes qui passent en revue la physiologie de l'audition à ses divers points de vue.

La question revient à déterminer dans quelles conditions l'amplitude d'ondes sonores déterminées qui doivent impressionner la membrane basilaire peut être influencée favorablement par les éléments suivants :

I. Concentration des ondes sonores d'après la forme du pavillon.

— Chez l'homme et les animaux terrestres, cette concentration se fait par les replis cartilagineux du pavillon qui réfléchissent tous les sons vers le tympan.

Chez le poisson, elle se fait au moyen d'un enfoncement de l'os tympanal au fond duquel se trouve directement la pointe de la petite apophyse du marteau.

II. Collection des mêmes ondes sonores, d'après la forme du conduit auditif. — Chez l'homme et les animaux terrestres, elle se fait dans le conduit auditif et le cadre osseux tympanal.

Chez le poisson, grâce au seuil osseux de l'oreille, conformé à la façon d'un tuyau acoustique.

III. Transmission des ondes sonores de l'air aux espaces lymphatiques du labyrinthe par l'ébranlement d'un appareil servant d'intermédiaire entre ces ondes sonores et ce labyrinthe. — Chez l'homme et les animaux terrestres, elle a lieu, grâce au tympan qui, selon Helmholtz,

agit à la façon de la plaque d'un phonographe et la chaîne des osselets qui agit comme la pointe qui se déplace sur le plateau du même appareil.

Chez le poisson cet appareil manque.

IV. *Utilisation de l'onde sonore principale, c'est-à-dire d'une onde sonore donnée avec sa plus grande amplitude.* — Chez l'homme et les animaux terrestres, cette fonction se fait grâce à l'appareil d'accommodation, spécialement au muscle du marteau qui agit comme chercheur du son.

Chez le poisson cette fonction manque.

V. *Diminution de la résistance à la transmission des sons.* — Chez l'homme et les animaux terrestres, cette fonction manque (à l'état pathologique). D'après Bezold, l'immobilisation des osselets facilite la conduction osseuse.

Chez le poisson, grâce à une chaîne d'osselets très épaisse et très peu mobile, agissant à la façon d'une canne auditive.

DELOBEL (de Lille).

La distance maxima d'audition de la voie chuchotée, par BEZOLD (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 1^{er} avril 1905).

L'auteur fait part de ses recherches sur l'audition des mots chuchotés, pratiquées sur de jeunes soldats.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Le rhodanate de potasse dans la salive des malades atteints d'affections auriculaires, par A. STUFLER (*Arch. ital. di otol.*, t. XVI, f. IV, 1905).

En se servant du réactif de Solera (fondé sur la propriété qu'a le rhodanate de potasse de mettre en liberté l'iode de l'acide iodique, lequel iode forme, avec l'amidon, de l'iodure d'amidon à coloration caractéristique), l'auteur a expérimenté sur une centaine de patients et il en conclut que le rhodanate de potasse est constant dans la salive mixte, plus abondant dans la parotidienne et peut manquer dans le sous-maxillaire, que la quantité varie suivant l'individu et le moment de la journée et que les affections auriculaires, bien plus que les opérations radicales, semblent ne pas l'influencer. Ces recherches confirment celles de Muck, de Bogdanow et de Sonietti et sont contraires à celles de Jörgen, Alexander et Reno.

T. MANCIOLI (de Rome).

Le Collodion : son emploi dans les relâchements du tympan et des ligaments du marteau, par Sohier BRYANT (*The journal of laryngology*, n° 7, juillet 1905).

On badigeonnera au collodion la membrane du tympan, l'étendue à couvrir dépendant des conditions propres à chaque cas. Si les ligaments sont relâchés, on enduira de collodion toute la moitié supérieure du tympan ; par contre, quand la zone relâchée sera circonscrite au segment supérieur, l'application du collodion sera

limitée à cette région. La quantité de substance à appliquer sera soigneusement mesurée afin de ne pas endommager le tympan.

Malgré ses succès incontestables, ce traitement offre des inconvénients, voire même des dangers. L'application d'une trop grande quantité de collodion peut occasionner de la gêne et des douleurs dues à une violente contraction de cette substance. Il peut s'ensuivre une rupture du tympan. La résistance accrue de cette membrane due au collodion peut devenir une sérieuse complication au cours d'une otite moyenne aiguë intercurrente, enfin l'augmentation de poids et de tension du tympan est susceptible d'occasionner une diminution temporaire de l'ouïe. TRIVAS (de Nevers).

Cholestéatome de l'oreille, par LANNOIS (*Lyon médical*, 11 juin 1905).

Homme 30 ans, suppuration de l'oreille gauche avec fistule mastoïdienne depuis l'enfance ; poussées douloureuses par rétention de pus ; évidemment ; cholestéatome de la grosseur d'un œuf de poule ; séquestre constitué par le conduit auditif externe, caisse très réduite ; lambeaux de Kretschmann et de Panse. Guérison en six semaines, car l'ouverture postérieure avait été laissée largement béante. SARGNON (de Lyon).

Troubles psychiques après les opérations sur la mastoïde, par GROSSMANN, de Berlin (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. III et IV, avril 1905).

L'auteur a réuni une série de neuf cas où des interventions sur la mastoïde ont été suivies de psychoses post-opératoires.

Relativement à l'influence des coups de maillet sur le poul et la respiration, il formule les conclusions suivantes :

Dans les cas de corticale épaisse ou d'ostéo-sclérose nécessitant un choc plus intense, on observe une accélération du poul et un abaissement de la pression sanguine ; lorsque la dure-mère ou le sinus ont été ouverts, on n'observe plus aucune influence des coups de maillet sur le poul.

D'une façon générale, les troubles psychiques sont relativement fréquents dans ce genre d'intervention : les statistiques donnent un cas de psychose sur 500 trépanations. Ils reconnaissent comme causes l'affaiblissement de l'organisme par le processus de suppuration, l'auto-intoxication et l'ébranlement du crâne par les coups de maillet : ce dernier facteur est le plus important, car sur quatre cas de psychose, trois affectent très nettement les allures des vésanies post-traumatiques.

Une ponction lombaire pratiquée peu de temps avant la trépanation joue certainement le rôle de cause prédisposante dans la production de ces troubles psychiques. DELOBEL (de Lille).

Pathogénie de l'otite moyenne purulente aiguë des enfants, par D. TANTURRI (*Gaz. intern. di med.*, VIII, Napoli, juin 1905).

S'inspirant des idées bien connues du professeur Dieulafoy sur la pathogénie de l'appendicite, l'auteur a fait des recherches et des expériences très intéressantes qui lui ont prouvé que la simple occlusion de l'ouverture pharyngienne de la trompe d'Eustache, chez le lapin, transforme en cavité close la cavité normalement ouverte de l'oreille moyenne et provoque constamment une otite moyenne purulente aiguë, de même que l'occlusion de l'appendice produit l'appendicite.

A.-R. SALAMO.

Sur l'origine de la suppuration dans le recessus hypotympanique, par KRETSCHMANN (*Arch. f. Ohr.*, 1905, p. 74).

D'ordinaire les affections (le plus souvent processus de destruction) qui atteignent la partie inférieure de la caisse du tympan procèdent de la surface vers la profondeur, c'est-à-dire s'attaquent d'abord à la muqueuse avant d'atteindre l'os. Or, Kretschmann a observé que l'affection du recessus hypotympanique peut résulter aussi de l'invasion d'une carie évoluant dans le voisinage, et en donne un exemple. Chez un enfant de 12 ans, qui souffrait d'une suppuration de l'oreille gauche, l'ablation d'un polype ne suffit pas pour amener la guérison, et on dut recourir à l'opération radicale. On trouva dans la mastoïde une cavité à grand axe vertical s'étendant jusqu'à la pointe. Ses parois étaient colorées en noir. Elle ne contenait ni pus, ni granulations, mais trois séquestres osseux de la grosseur d'une lentille. Elle n'avait aucune relation avec l'antre, d'ailleurs sain, mais par contre, de son pôle inférieur partait une fistule qui la faisait communiquer avec le segment postérieur du recessus hypotympanique notablement agrandi. D'après l'aspect des lésions, l'auteur admet que les altérations osseuses dans la mastoïde avaient précédé celles de la partie inférieure de la caisse et s'étaient étendues de celle-là à celle-ci.

E. HÉDON (de Montpellier).

Double mastoïdite suivie de diphtérie des deux plaies.

Mort, par HENRY HORLBELCK (*Arch. of otol.*, fév. 1905).

Il s'agit d'une fillette de 4 ans 1/2 qui fut la victime de l'envahissement diphtérique et gangreneux des plaies opératoires. Le diagnostic fut confirmé par l'examen microbiologique. Le sérum antidiphtérique échoua.

G. DIDSURY (de Paris).

Deux cas de pyohémie d'origine otique, par V. VOÏATCHEK (*Rousskii Vratch*, 1904, n° 51).

1° Le malade entra à l'hôpital pour une otite purulente moyenne ayant débuté il y a quinze ans. L'examen montra qu'il s'agissait d'une carie du temporal. Pendant l'opération on découvrit la dure-mère. Six jours après l'opération, le malade mourut avec pyopneumothorax et pyohémie;

2° Otite purulente moyenne datant de quelques mois. Subitement, élévation de la température, douleur. On pratiqua l'antrotomie et on découvrit une infiltration purulente. Après l'opération, l'état général

devint plus mauvais encore. Neuf jours après l'opération, on incisa trois petits abcès qui venaient de se faire dans les muscles du bras gauche. L'état du malade s'améliora peu à peu. Deux mois après, il y avait encore de l'otorrhée purulente et l'on fit une opération radicale.

On admet généralement que la pyohémie d'origine otique ne peut se produire sans thrombose de l'un des sinus de la dure-mère, et le premier cas décrit semble rentrer dans la règle. Le deuxième cas ressemble plutôt à de la pyohémie d'origine ostéophrébitique.

M. DE KERVILY.

Méningite otogène, par HENNEBERT (*Cercle médical de Bruxelles*, 4 mai 1905).

La méningite otitique peut revêtir deux formes : la forme à marche foudroyante et la forme à marche plus lente. On observe rarement le ventre en bateau et la raideur de la nuque ; les symptômes les plus constants sont une grande agitation motrice des troubles du sensorium et une céphalalgie. La ponction lombaire confirme le diagnostic.

L'intervention consiste en une désinfection complète de l'oreille moyenne, une mise à nu des méninges et une ponction lombaire. Si ceci ne suffit pas, il faut ouvrir les méninges et renouveler les ponctions lombaires.

A. PASQUIER.

Suppuration chronique de l'oreille moyenne ; thrombose du sinus latéral ; opération ; guérison, par J. B. BELL (*West. London med. J.*, July 1905, p. 207).

Une petite fille âgée de 8 ans présente, à la suite d'une rougeole, un écoulement constant et fétide de l'oreille, et cela dure cinq ans avant son admission à l'hôpital. Elle se plaint, à son entrée, de douleurs très intenses derrière l'oreille gauche ; le méat auditif est plein de pus fétide ; la membrane du tympan est détruite en grande partie ; dans la partie supérieure de la mastoïde, au niveau de l'angle de la mâchoire, on trouve des ganglions engorgés. La température est à 103° (Fahrenheit) et, plus tard, elle monte à 104° 8. On diagnostique une thrombose du sinus latéral et on fait une opération radicale sur la mastoïde ; on trouve un caillot à la partie supérieure du sinus que l'on extirpe avec une petite hémorragie ; on en extirpe un autre à la partie inférieure sans hémorragie notable. Le sinus est thrombosé jusqu'au bulbe de la jugulaire. La jugulaire interne est ligaturée, les plaies sont bien nettoyées et drainées, et un pansement est fait avec toutes les précautions d'usage. Après l'opération, la température reste élevée pendant huit jours, atteignant souvent et dépassant même 103° (Fahrenheit) et les deux plaies suppurent. L'auteur est inquiet, d'autant plus qu'apparaissent des signes de septicémie ; le coude droit devient enflé et douloureux ; on évacue le pus ; la hanche devient également douloureuse ; on est obligé de la traiter par l'extension. Enfin du sérum antistreptococcique est injecté à deux reprises différentes, au cours de la première semaine qui suit l'intervention, mais on n'a fait des prises ni dans le thrombus, ni dans le

pus du coude. En définitive, et après toutes ces péripéties, la malade a guéri, aussi parfaitement que possible, au bout de cinq semaines.

R. LAKE (de Londres).

Thrombo-phlébite d'origine otique, propagée au sinus longitudinal inférieur, par DE CARLI (*Atti della Clin. Ferrrei*, 2^e année).

A propos de ce cas, l'auteur rappelle que, lorsque chez un otorrhéique chronique, on constate les signes d'une phlébite du sinus latéral et en plus de la céphalée grave, de la dilatation des veines du cou, de la stase papillaire bilatérale, du délire, etc., sans qu'on puisse diagnostiquer d'une façon certaine un foyer endocranien ou une méningite, il faut penser à une phlébite du sinus longitudinal inférieur.

T. MANCIOLI (de Rome).

Otorrhée double, thrombo-phlébite de deux sinus latéraux; mort; autopsie, par BRUNEL (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 1^{er} avril 1905).

Il s'agit d'une femme ayant présenté une otorrhée depuis environ quarante ans et qui succomba à une thrombo-phlébite des deux sinus latéraux. A l'autopsie, on trouva entre la face antérieure du rocher et la dure-mère un abcès gros comme une noisette communiquant avec le toit de la caisse. Entre la face postérieure du rocher et la tente du cervelet, se trouvait un autre abcès entourant le sinus latéral qui contenait du pus.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Contribution à l'étude de la thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otique, par TRONCONI (*Arch. ital. di otologia, etc.*, 1^{er} juin 1905, p. 354-376).

Ouverture et évacuation du sinus; le malade a guéri; il ne subsiste plus qu'une hypoacousie. L'auteur est d'avis que plus tôt l'opération est faite, plus grandes sont les chances de succès.

MENIER (de Figeac).

Phlébite du sinus caverneux, par A. RAOULT et PILLEMENT de Nancy (Société française d'oto-rhino-laryngol., 8 mai 1905).

Observation intéressante par la marche lente, irrégulière et la diversité des symptômes de cette affection ayant passé par cinq phases successives :

1^{re} Phase. Apparition d'une otite moyenne grippale à droite, avec phénomène de rétention du pus, cédant momentanément à la paracentèse.

2^e Phase. Réapparition de la céphalée à droite sans signe de phlébite de la jugulaire, de méningite ou d'abcès cérébral.

3^e Phase. La céphalée cesse à droite pour apparaître à gauche sans signe d'otite moyenne de ce côté.

4^e Phase. Apparition de la tuméfaction et de l'œdème des paupières et de la conjonctive d'abord à droite, puis à gauche, accompagnés de douleurs orbitaire et frontale. Obscurité des régions frontales à droite, mouchage de pus.

5^e Phase. Les signes locaux précités disparaissent du côté fronto-orbitaire et en même temps surviennent des signes de phlébite et de périphlébite de la jugulaire du côté *gauche*, puis des symptômes de septicémie, pleurésie, pleuro-pneumonie avec hémoptysie, puis pneumo-thorax. Enfin apparaît la suppuration des ganglions péri-jugulaires du côté gauche, cet abcès se fait jour dans la caisse du tympan gauche. Le malade meurt avec des troubles cérébraux qui se sont manifestés dans les deux derniers jours.

A. GROSSARD (de Paris).

Contribution à l'étude clinique des complications otocérébrales, par SUNE Y MOLIST (*Rev. de Cir. y Medic.*, Barcelona, mai 1905).

C'est une étude clinique des abcès cérébraux consécutifs à une affection de l'oreille.

Au commencement surtout, il n'existe pas de symptômes certains, permettant de diagnostiquer, d'une manière précise, la présence d'un abcès cérébral ; cependant l'auteur est partisan d'une intervention précoce, chaque fois qu'existent des signes graves qui font soupçonner une complication cérébrale, somnolence, difficulté de parole, paraphasie, etc.

La céphalalgie est le symptôme initial ; il peut être d'une grande valeur lorsqu'il est localisé à l'occiput ; c'est ainsi qu'il a pu servir à l'auteur à diagnostiquer, en 1887, deux abcès cérébraux : le premier cas concerne une jeune otorrhéique, présentant avec des symptômes généraux, une perforation du quadrant postéro-supérieur ; elle eut une rémission, puis des vomissements, de la céphalée, de la fièvre, de la paraphasie et surtout une douleur persistante à la nuque ; sur ces symptômes, l'auteur diagnostiqua un abcès cérébral probable et proposa une intervention immédiate qui confirma le diagnostic et sauva certainement la vie à la malade.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune femme, otorrhéique depuis l'enfance, qui présentait une douleur du côté malade, irradiée à la nuque ; de plus, il y avait une grande perforation tympanique avec cholestéatome, fongosités, carie du promontoire, fièvre et céphalalgie ; rien cependant à la mastoïde ; on diagnostiqua un abcès cérébral probable ; l'auteur hésitait cependant, car la malade venait de faire une éberthite, ce qui justifiait l'encéphalgie ; cependant, au bout de quelques jours, les symptômes, au lieu de s'amender, s'aggravèrent, fièvre, hémianopsie, céphalalgie gravative, coma, bref, tout fit diagnostiquer un abcès de la base.

La douleur de la nuque est un bon signe qui permet de distinguer ces abcès des infections telles que la mastoïdite de Bezold. De même la douleur provoquée dans les zones craniennes correspondantes.

L'auteur divise ensuite, comme d'habitude, ces abcès en extra et intra-duraux, et il examine la valeur diagnostique des vertiges, de la lenteur du pouls, de la fièvre, de l'examen du fond de l'œil, etc. Il étudie enfin les localisations si diverses de ces abcès et il insiste

pour finir sur la tolérance vraiment extraordinaire de la masse cérébrale pour ces abcès qui, souvent, restent très longtemps à l'état latent, n'amenant pour ainsi dire aucun symptôme grave et puis font irruption tout à coup dans le bulbe ou ailleurs et occasionnent une mort foudroyante.

E. BOTELLA (de Madrid).

Otite moyenne suppurée chronique avec carie attic-antrale et abcès cérébral et cérébelleux. Double opération. Guérison, par R. BOTEY (*Clin. med., Zarag.*, mai 1905).

Jeune fille de 16 ans; otorrhée chronique gauche datant de trois ans, avec poussées fébriles et douloureuses, dont la dernière a été très intense. Douleur violente, nausées, tendance à la syncope, obnubilation mentale, température basse et pouls à 60.

L'examen local fait voir une tuméfaction rétro-auriculaire, douloureuse à la pression; chute de la paroi postéro-supérieure du conduit au fond duquel on constate du pus et des fongosités.

Première opération : trépanation de la mastoïde éburnée, avec cellules creusées, antre petit, sinus tranverse à 4 mm. à peine, caisse pleine de fongosités et de petites masses cholestéatomateuses.

Le tegmen tympani et antri communique avec la fosse cérébrale moyenne, et au niveau de la paroi postérieure de l'antre une partie de la dure-mère cérébelleuse apparaît rouge et fongueuse. On fait cinq ponctions blanches dans le lobe temporo-sphénoïdal. On découvre le sinus sur plus de 3 centimètres et la fosse cérébelleuse, on nettoie la dure-mère et on fait trois ponctions dans le cervelet; à la troisième seulement, on obtient dix grammes de pus épais et fétide; on incise alors la dure-mère à ce niveau et on draine; puis on fait une contre-ouverture pour aider à l'écoulement du pus ou des fongosités. Quatre nouvelles ponctions du lobe temporo-sphénoïdal amènent un peu de pus crémeux; on draine aussi à la gaze.

Après cette intervention, le pouls monte à 84, la douleur s'atténue, puis disparaît, de même que les symptômes cérébraux; prostration, etc., mais au bout de huit jours, les nausées, la céphalalgie réapparaissent avec hernie du cerveau, hémianopsie, etc., symptômes d'une nouvelle collection purulente.

Seconde opération : Prolongation de l'incision postérieure, deux couronnes de trépan au niveau du centre et du pied de la deuxième circonvolution occipitale; ponctions nombreuses en différents endroits sans résultats.

A la suite, la malade, après des hauts et des bas, finit par entrer en convalescence, au bout d'une vingtaine de jours. La guérison est complète au bout de cinq mois.

E. BOTELLA (de Madrid).

Indication de la trépanation mastoïdienne dans l'otite moyenne purulente aiguë sans complication mastoïdienne, par CHEVALIER JACKSON, de Pittsburg (*Laryngoscope*, mai 1905).

On s'est beaucoup occupé dans ces dernières années des indications de la trépanation mastoïdienne dans l'otite moyenne purulente chronique en l'absence de symptôme mastoïdien ; mais semblable question n'a jamais été traitée ni même posée pour l'otite moyenne purulente aiguë.

Cependant, le traitement de l'otite moyenne purulente aiguë est affaire de drainage. Avec le drainage par l'antre, quand les cellules mastoïdiennes ne sont pas atteintes, la guérison de l'otite peut être obtenue en une semaine et la plaie fermée en un mois.

Si on opérât toute otite moyenne purulente aiguë non guérie au bout de six semaines, il n'y aurait plus d'otorrhée chronique. Pourquoi remettre une intervention qui s'imposera probablement un jour ou l'autre, et courir de grands risques en attendant ? On a dit avec raison : toute personne atteinte d'un écoulement chronique de l'oreille porte dans sa tête une bombe qui peut éclater à tout instant. En dehors de ce danger permanent, elle mène une existence rendue pénible par la diminution de l'ouïe, les bourdonnements et un écoulement dégoûtant ; l'otologie multiplie ses efforts pour guérir l'otorrhée ; ne vaudrait-il pas mieux la prévenir en empêchant par le drainage mastoïdien toute otite moyenne purulente aiguë de devenir chronique ?

L'expérience prouve qu'on le peut et qu'on le peut sans danger. En effet, se basant sur ces données, l'auteur a ouvert la mastoïde dans vingt-deux cas d'otite moyenne purulente aiguë sans complication mastoïdienne et a tout lieu de se féliciter des résultats obtenus. Il n'a pas eu un seul cas malheureux ni même défectueux ; tous ses opérés ont été guéris avec rétablissement d'une audition normale ou à peu près normale ; d'un autre côté, dans bien des cas, il n'a pu décider les malades à se laisser opérer, et très souvent il a eu à le regretter.

Basant son opinion sur ces cas dont il donne les observations les plus marquantes, l'auteur pose les indications suivantes de la trépanation mastoïdienne dans l'otite moyenne purulente aiguë :

- 1° La persistance de l'écoulement après huit semaines environ ; un peu plus ou un peu moins, suivant le cas particulier ;
- 2° L'existence d'un état subfébrile ou de tout autre symptôme indiquant un peu de résorption de pus ;
- 3° La probabilité de voir l'écoulement devenir chronique par manque de soin à cause de la position sociale du malade ;
- 4° Une suppuration très abondante qui menace l'audition sinon l'existence ; indication impérative et ne comportant pas d'attermoisement ;
- 5° Toute cause gênant le libre écoulement de l'oreille ; comme par ex. un rétrécissement du conduit auditif ;
- 6° L'éloignement du malade d'un centre médical et surtout la nécessité pour lui de prendre la mer ;
- 7° Tout symptôme indiquant que le labyrinthe est influencé comme vomissements, céphalalgie, vertige.

VERGNIAUD (de Brest).

Évidement pétro-mastoïdien. Autoplastie, par FOURNIER (Marseille, Comité médical, janvier 1905).

Fournier présente un malade chez lequel il a pratiqué un évidement pétro-mastoïdien. La fermeture immédiate de la plaie mastoïdienne, selon la méthode préconisée par Moure, lui ayant donné un résultat défectueux, il a employé ensuite, avec succès, le procédé de Lermoyez et Mahu. L'auteur insiste sur une modification à laquelle il ajoute une grande importance, la conservation du lambeau cutané disséqué sur la face dorsale du pavillon au lieu de son ablation complète.

Il a pu ainsi fermer un orifice relativement très grand, sans traction énergique du pavillon en arrière, et sans même l'incision de décharge conseillée par Lermoyez et Mahu, en plein cuir chevelu.

NIEL (de Marseille).

Influence de la quinine sur l'équilibre labyrinthique, par DREYFUSS, de Strasbourg (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. III et IV, avril 1905).

Les effets de la quinine et de l'acide salicylique sur l'organe auditif sont maintenant bien connus et vérifiés par l'expérimentation sur les animaux.

Les expériences entreprises par l'auteur sur le jeune porc lui ont permis de formuler ces conclusions : « La quinine agit à la façon d'un paralysant aussi bien sur la fonction d'équilibre que sur la fonction auditive du labyrinthe : et chez l'animal en expérience les troubles de l'équilibre sont même beaucoup plus précoces et plus marqués que les autres. »

L'intoxication quinique se révèle d'abord par une rotation de l'animal sur lui-même, s'accompagnant de nystagmus horizontal ; dans les conditions normales le sens de cette rotation est indifférent, mais si un côté a été préalablement insensibilisé par l'introduction de quelques gouttes de chloroforme dans les cavités labyrinthiques, la rotation se fait toujours du même sens, du côté non anesthésié.

DELOBEL (de Lille).

Contribution à la question des relations entre la carie du rocher et la névrite optique, par ESPENSCHIED (*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. 63, fasc. 1 et 2).

L'hypérémie des veines de la rétine et des papilles optiques peut être rencontrée dans un grand nombre de cas d'otite moyenne purulente susceptibles de guérison par un traitement conservateur de plusieurs semaines ; elle ne comporte aucune indication pour l'ouverture opératoire des cavités de l'oreille, mais toutefois indique que l'affection doit être surveillée de près. Par contre, on trouve toujours la névrite confirmée des nerfs optiques, particulièrement des papilles, dans les cas qui devraient être opérés en raison de phénomènes menaçants antérieurs. Cette modification du fond de l'œil était décelable dans les 4 % des cas traités par opération. Si l'on ne considère parmi ceux-ci que les affections avec complication endocra-

nienne, ce symptôme était décelable dans presque 25% des cas. L'intermédiaire entre la maladie de l'oreille et celle des yeux est la lymphe cérébrale dont l'imprégnation par les produits toxiques venant du territoire suppuré du rocher enflamme la papille et dont l'hypertension est la cause du gonflement de celle-ci. Dans les cas conduisant à la mort par suite immédiate de la maladie cérébrale, le stade intermédiaire est le plus souvent une leptoméningite bactérienne. Mais on ne saurait inversement tirer de ce fait la conclusion que cette méningite doit nécessairement causer une névrite optique; ce dernier phénomène fera plutôt défaut dans ce cas. La survie est incertaine dans les cas de carie du rocher avec névrite optique. Cependant on connaît de nombreux cas de guérison. D'ordinaire l'affection optique rétrocede avec la guérison du foyer pétreux. Toutefois, cette règle souffre de nombreuses exceptions. Une persistance plus longue, l'augmentation ou le développement de la névrite optique après l'opération n'entraînent aucune indication pour une nouvelle intervention opératoire; car il est remarquable que ce phénomène peut être observé même dans une évolution favorable de la maladie. La vision n'est pas diminuée ou ne l'est que peu, et, dans ce dernier cas, revient d'ordinaire à la normale. La terminaison de la lésion optique par l'atrophie n'est pas à craindre.

E. HÉDON (de Montpellier).

Maladie de Ménière dans un cas de syphilis, par BALZER et FRANÇOIS DAINVILLE (*Soc. dermat. et sym.*, 6 avril 1905).

Les auteurs présentent un syphylitique avec troubles de l'ouïe qui a été traité sans succès par les injections mercurielles insolubles; traité par des injections intra-veineuses de cyanure de mercure à la dose de 1 centigr. par centimètre cube, ce malade fut rapidement amélioré, puis guérit.

DARBOIS (de Paris).

Névrose traumatique du labyrinthe, par STENGER (*Deutsche med. Woch.*, n° 2, 1905).

Les symptômes les plus fréquents sont : céphalée, vertiges, bruits subjectifs, surdité uni ou bilatérale, faiblesse et prédisposition à la fatigue, troubles nerveux généraux.

Mais les troubles auriculaires frappent moins le médecin à cause de la prédominance des autres symptômes.

Les affections labyrinthiques se manifestent par le syndrome de Ménière. Dans le cas de névrose traumatique, l'examen de l'oreille pourra faire découvrir que les phénomènes de tout ordre sont dus à une lésion du labyrinthe.

Le terme de névrose traumatique doit être réservé aux cas où il n'y a aucune lésion organique en aucune partie du corps. On dira qu'il y a une névrose traumatique d'origine labyrinthique quand les symptômes à point de départ labyrinthique sont associés à des troubles nerveux généraux. On exprime ainsi le siège, la nature du mal et en même temps la cause objective de tous les phénomènes nerveux qui peuvent se rapporter à la lésion fondamentale.

D'après l'auteur l'examen de l'organe auditif est indispensable dans tous les cas de névrose traumatique.

MENIER (de Figeac).

Traitement des névropathies de l'oreille, par BURKNER (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 3, 1905).

L'auteur recommande, s'il arrive des vomissements et du vertige, de penser toujours à une affection du labyrinthe, et, dans toutes les maladies nerveuses des oreilles, de traiter avant tout l'état général.

O. GOLDSCHMIDT (d'Aix-la-Chapelle).

Opération sur l'oreille interne, par A. A. GRAY (*Scottish med. and surg. J.*, July 1905, p. 84).

L'auteur donne des détails nombreux sur un cas décrit par R. Lake, à la Société d'otologie, 16 mars 1905, dans lequel il enleva les canaux semi-circulaires pour vertiges et bourdonnements. Il rapporte aussi les cas communiqués par Milligan et West et celui de Wallès et Parry qui ont tenté la division intracrânienne du nerf auditif. Une opération semblable, essayée par Armour, a donné, semble-t-il, de bons résultats, et c'est une bonne intervention dont sont justiciables certains individus porteurs de tumeurs, etc. L'extirpation des canaux semi-circulaires est encore plus grave, plus difficile à exécuter, mais, dans certains cas bien définis, elle peut rendre des services.

R. LAKE (de Londres).

Étiologie et traitement de la suppuration du labyrinthe, par W. MILLIGAN (*Lancet*, 13 février 1904).

Ce sont trois cas personnels, complétés par une excellente bibliographie.

St CLAIR THOMSON (de Londres).

II. — NEZ ET SINUS

Contribution à l'étude du revêtement épithélial du vestibule du nez chez l'homme et chez les mammifères, par CHARITON, de Berne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. II, mars 1905).

Au sujet de la transformation épidermoïde de l'épithélium du vestibule, Eicholtz reconnaît que la théorie de la métaplasie est difficilement applicable, un épithélium cylindrique ne pouvant en aucun cas se transformer en épiderme. Cependant, on observe dans la dégénérescence atrophique de l'ozène une transformation de l'épithélium cylindrique en un revêtement plat; et pendant la vie embryonnaire, la muqueuse nasale subit de nombreux changements de structure.

Chez l'embryon humain âgé et chez le nouveau-né, l'épithélium plan du vestibule n'atteint jamais l'extrémité antérieure du cornet inférieur. D'autre part, l'épithélium plan du vestibule et l'épithélium

cylindrique de la muqueuse nasale se séparent nettement l'un de l'autre sans former de transition, et cette ligne de séparation est plus antérieure en dedans, au niveau du septum, qu'en dehors, au niveau du cornet inférieur. D'ailleurs, pendant toute la période de développement, la structure de la muqueuse du vestibule du nez ne diffère pas sensiblement de celle de la région choanale.

Quant à savoir s'il s'agit d'une métaplasie ou d'une substitution, c'est une question que seules des recherches ultérieures permettront peut-être de résoudre.

DELOBEL (de Lille).

Anatomie et pathologie des sinus frontaux, par PARASCANDOLO et DE MEÏS (*Il Morgagni*, juin 1905).

N'ayant en main que la première partie de cet intéressant article de synthèse, nous en renvoyons le résumé à une date ultérieure.

MENIER (de Figeac).

L'épistaxis et son traitement, par KRETSCHMANN (*Zeitschrift f. ärztliche Fortbild.* n° 19, 1904).

L'auteur, après avoir défini l'épistaxis : hémorragie nasale dont la source est dans les cavités du nez ou du naso-pharynx, étudie l'aspect du sang, sa quantité, les difficultés du diagnostic quand le sang est avalé.

L'épistaxis est d'origine traumatique ou spontanée. L'auteur étudie les diverses causes locales qui lui donnent naissance, ainsi que celles d'origine générale (maladies infectieuses, les diverses anémies, scorbut, hémophilie, artério-sclérose, maladies du foie, des reins, de la rate, hémorragies remplaçant les règles, etc.).

Les divers traitements sont passés rapidement en revue (repos, douches nasales, adrénaline, eau oxygénée à 5 %, cocaïne, tamponnement, penghawar-djambi, etc.).

Cette monographie constitue un excellent article de vulgarisation pour le praticien souvent désarmé en face de l'épistaxis; mais elle n'apprend rien de nouveau au spécialiste.

MENIER (de Figeac).

Accidents consécutifs à un furoncle nasal, par HENNEBERT (*Cercle médical de Bruxelles*, 4 mai 1905).

Chez un homme d'une cinquantaine d'années, un furoncle du nez fut suivi d'un abcès du septum nasal avec décollement s'étendant jusqu'à l'aile droite du nez. Après l'ouverture au galvano-cautère, la température monta à 39° 5; on vit un érythème scarlatiniforme généralisé à tout le corps, persistant huit jours, une glycosurie passagère, des douleurs articulaires disséminées, une desquamation épidermique, puis se développa un phlegmon cervical diffus juxta-laryngien avec œdème de la moitié du vestibule laryngien.

A. PASQUIER.

Du rôle pathogénique des lésions alvéolaires dans la sinusite maxillaire aiguë prolongée, par P. JACQUES (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 6 mai 1905).

L'empyème odontogène maxillaire reconnaît en général pour

cause une pulpite ou une périodontite des molaires, et il suffit le plus souvent d'extraire la dent incriminée pour tarir la suppuration sinusale. Dans certains cas cependant, l'amélioration initiale s'arrête et fait place à un état stationnaire rebelle aux irrigations transmésa-tiques les plus soigneuses. On pense alors à l'existence d'une sup-puration ancienne et méconnue de l'antre. Or, il s'agit parfois d'un empyème occasionné par un foyer d'ostéite localisé à l'apophyse alvéolaire du maxillaire. L'auteur en rapporte deux observations fort intéressantes et il insiste sur ces faits : Une extraction correcte et complète de la dent infectante ne suffit pas toujours à faire disparaître tout foyer d'infection. Un foyer d'ostéite profond peut s'isoler de la cavité buccale et subsister au centre de l'apophyse alvéolaire avec une gencive entièrement cicatrisée. La simple térébration du foyer avec le perforateur à main suffit pour amener une guérison complète.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Sinusite frontale suivie d'un abcès extra-dural, par A. MARTINEAU, de Brighton (*British med. Journ.*, 20 mai 1905).

Le malade, âgé de 31 ans, a présenté les symptômes d'une sinu-site maxillaire droite qu'on avait traitée par la ponction de l'alvéole après l'extraction d'une dent saine. Après six mois, les mêmes symp-tômes se présentèrent de l'autre côté et on opéra, le 23 août, par la même méthode. Le 30 août, le malade eut un accès de fièvre (tem-pérature 38° 3) après une promenade en automobile très prolongée; on ouvrit le sinus frontal gauche et on amena du pus; après deux jours, on fit l'opération radicale et on élargit l'orifice nasal du sinus. La fièvre persistant encore, le 9 septembre, on pratiqua l'exploration; on trouva une goutte de pus coulant d'un petit trou à la paroi pos-térieure du sinus; on enleva de l'os dénudé et on recueillit une grande quantité de pus. Le malade est tout à fait guéri.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Contribution à la symptomatologie de l'empyème du sinus maxillaire, par MENZEL (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 6, 1905).

L'auteur a remarqué un symptôme qui semble n'avoir pas encore été signalé jusqu'à présent : l'apparition à heure fixe de la cacosmie; celle-ci se produit en même temps que les douleurs et cesse avec elles. C'est à la plus grande sécrétion du pus, qui a lieu le matin, que l'auteur attribue le moment de la production de ces deux symptômes synchrones.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Nouveau traitement chirurgical des cas rebelles d'ozène (note préliminaire), par J. BROECKAERT, de Gand (*Presse oto-laryngol. belge*, juillet 1905).

L'auteur a vu de nombreux cas d'ozène. Il en a amélioré une grande quantité par la restauration paraffinique des cornets. D'autres

ont été presque guéris par cette méthode. Certains malades porteurs du syndrome ozène et d'un foyer purulent qui dans le maxillaire, qui dans l'éthmoïde, ont vu leur mal s'améliorer, puis disparaître par la combinaison des deux traitements : cure radicale du foyer et restauration paraffinique.

A côté de ces résultats encourageants, Broeckaert a eu des insuccès; il s'agit de malades chez qui la restauration des cornets inférieurs est impossible. La muqueuse est trop friable; elle ne peut pas se laisser distendre par la paraffine. Dans l'état actuel de la rhinologie on ne peut guère que conseiller aux malheureux de pratiquer journellement l'irrigation de leurs fosses nasales jusqu'à ce que la sclérose de leur pituitaire vienne mettre un terme à la sécrétion.

Broeckaert pense que l'on peut hâter cette échéance relativement favorable par un procédé chirurgical qui consiste à enlever l'éthmoïde, les cornets, la paroi interne du sinus maxillaire et la muqueuse de l'antre, à effondrer le sinus sphénoïdal et décortiquer sa muqueuse. Une fois l'épidermisation terminée le malade n'a plus de quoi former de sécrétions purulentes fétides, il est guéri. B. a opéré deux malades, d'un côté seulement, parce que le côté opposé était chez l'un, amélioré par la restauration paraffinique, chez l'autre, peu atteint à cause de la présence d'un éperon de la cloison. La méthode employée par B., est celle qu'il applique à la cure radicale des pansinusites (voir *Compte rendu de la Société belge*, séance de juin 1905).

Il publiera plus tard les résultats définitifs de cette opération.

Il sera intéressant de suivre de près cette étude de Broeckaert; *a priori* il semble paradoxal d'affirmer que l'on peut guérir l'ozène par la restauration de certains organes et arriver à un résultat analogue par la destruction totale de ces mêmes organes et même des annexes de la pituitaire. Broeckaert aurait pu aussi enlever la muqueuse du sinus frontal.

BREYRE (de Liège).

Fractures du nez, par MARTIN (Société de chirurgie de Lyon; in *Lyon médical*, 11 juin 1905).

Deux cas de fracture du nez : l'un à la suite d'un coup de poing américain; l'autre de coup de pied de cheval; emploi des appareils Martin; excellent résultat.

SARGNON (de Lyon).

Un cas de volumineux kyste osseux du cornet moyen, par SCHATZ (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 6, 1905).

L'auteur fut appelé auprès d'une malade qui, au cours d'une attaque de grippe, souffrait d'une céphalée intolérable et d'une douleur térébrante située au-dessus de l'œil gauche; tout parlait en faveur d'une sinusite frontale; à l'examen, l'auteur constata un énorme kyste, à parois osseuses, qui occupait la fosse nasale gauche tout entière; à l'ouverture du kyste, un flot de pus s'écoula et il apparut deux polypes œdématisés. Ablation complète du kyste et de son contenu; guérison immédiate et cessation de la céphalée. La malade

raconta après coup que la fosse nasale gauche depuis un an déjà, était complètement bouchée. L'auteur en conclut qu'il s'agit d'une cellule ethmoïdale qui, ayant pénétré profondément dans le cornet moyen, se transforma en kyste, dont le contenu, à l'occasion d'une grippe, s'infecta.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Contribution à l'étude de la pathologie et du développement des tumeurs dénommées « polypes saignants de la cloison », par GLAS, de Vienne (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, t. I).

Voici quelles sont les conclusions de ce travail très complet basé sur les publications antérieures et sur l'examen histologique de dix cas personnels : Les tumeurs dénommées « polypes saignants de la cloison » sont des productions inflammatoires dues à une rhinite sèche antérieure avec atrophie des glandes et caractérisées histologiquement par la production d'un tissu de granulations, avec infiltration intraépithéliale leucocytaire, nécrose de coagulation des couches superficielles.

Suivant l'abondance relative des éléments conjonctifs ou vasculaires, leur structure se rapproche de celle du granulome ou de celle de l'angiome. Leur origine est, comme pour l'ulcère perforant de la cloison, dans une rhinite atrophique antérieure : il se produit d'abord une atrophie du tissu conjonctif sous-épithélial et consécutivement une infiltration hémorragique sous l'épithélium.

C'est ce processus histologique qui explique la facilité avec laquelle ces tumeurs saignent, et aussi le fait que les nombreuses fibres élastiques qui en forment la trame empêchent les petites érosions superficielles de se reformer.

Quant à la question de savoir pourquoi la rhinite sèche antérieure aboutit tantôt à l'ulcère de la cloison, tantôt à la production d'un polype saignant de la cloison, il est probable qu'il faut en chercher l'explication dans le rôle des microorganismes qui, à la faveur de la nécrose de coagulation, pénètrent plus ou moins profondément dans la cloison et produisent la perforation lorsque la présence de ces microbes a causé la thrombose des vaisseaux.

DELOBEL (de Lille).

Mucocèle du sinus frontal, par G. PUCCIONI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année),

Mucocèle du sinus frontal chez une femme, non syphilitique, sans origine traumatique, avec les apparences d'une névralgie rebelle du trijumeau (première branche). Durée sept ans, sans modifications appréciables, mais douleurs. Extirpation complète, guérison.

T. MANCIOLI (de Rome).

Sur la résection du cornet inférieur, par Z. FORSELLES (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 6, 1903).

L'auteur admet avec raison que les cautérisations, pas mieux que l'anse froide, ne réussissent à guérir tous les cas de sténose nasale

par hypertrophie du cornet inférieur ; quant aux pinces, celles qui existent étant insuffisantes d'après lui, il en a fait construire un nouveau modèle, qui ne nous paraît pas supérieur aux instruments français que l'auteur passe du reste sous silence.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Présentation d'un instrument pour la résection des éperons osseux de la cloison nasale (modification de la pince de Grünwald), par Otto FREER, de Chicago (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, Berlin 1903).

Une des grandes difficultés de l'opération des éperons de la cloison consiste à enlever la petite épine osseuse qui, généralement, reste adhérente par un pédicule, surtout quand cette épine siège très en arrière et n'est accessible que par la rhinoscopie postérieure.

L'instrument proposé n'est qu'une modification de la pince de Grünwald : il consiste en deux petites curettes creuses qui peuvent s'appliquer l'une contre l'autre pour étreindre le fragment osseux : ce mouvement de fermeture est commandé par un manche à glissière coudé à angle obtus comme tous les instruments destinés à être manœuvrés dans le fond des cavités nasales.

Cet instrument doit être préféré à la tréphine mue par un électromoteur comme étant d'un usage plus facile et d'une application moins douloureuse.

DELOBEL (de Lille).

Rhinoplastie, par GAUTIER (*Lyon médical*, 1^{er} janvier 1903).

M. le Dr Gautier présente une rhinoplastie partielle pour perte de la sous-cloison par syphilis. On prit un lambeau sur la lèvre supérieure exubérante.

SARGNON (de Lyon).

Rhinoplastie par la méthode française, par GAUTIER (*Lyon médical*, 22 janvier 1903).

Il s'agit d'un malade opéré par M. Jaboulay pour un épithéliome orbito-nasal gauche. Plaie comblée par tégument sous-orbitaire. Fonction lacrymale intacte. A cause de la grosseur de la tumeur, on n'a pas employé la radiothérapie.

Une discussion s'engage à propos de la radiothérapie dans le cancer et M. Destot signale un cas d'intoxication et de mort subite, des érythèmes. Pour M. Destot, il faut employer les rayons X seulement au début ou tout à fait à la fin.

Pour les cas moyens, il conseille d'opérer et de faire de la radiothérapie secondaire comme le fait M. Villard.

M. Gautier rapporte aussi un résultat déplorable de la radiothérapie pour un épithélium parotidien.

SARGNON (de Lyon).

III. — LARYNX

Fibrome du larynx chez un enfant de cinq ans ayant nécessité une trachéotomie et ultérieurement enlevé

par une laryngo-fissure suivie d'intubation prolongée,
par Th. HARRIS (*The journal of laryngology*, n° 7, juillet 1905).

B. W., âgée de 5 ans fut admise au Manhattan Eye and Ear Hospital en juin 1904, pour une dyspnée extrêmement grave ayant nécessité une trachéotomie d'urgence. Quelques jours après cette opération et grâce à la tolérance de la gorge, l'auteur put faire l'examen laryngoscopique et constater la présence d'une tumeur. L'examen microscopique d'un fragment de celle-ci a montré qu'il s'agissait d'un fibrome angiomateux. Deux jours après M. Harris enleva la tumeur par la laryngo-fissure; l'opération a présenté des difficultés considérables à cause de la proximité de la plaie trachéale et de l'étroitesse du champ opératoire; la tumeur était attachée antérieurement au cartilage thyroïde. La période post-opératoire a été marquée par une broncho-pneumonie et une réouverture de la plaie trachéale qui nécessita un curettage pour faciliter sa cicatrisation. Pour empêcher la production d'une sténose laryngée, l'auteur pratiqua plusieurs séances d'intubation; malgré cela 8 mois après la laryngo-fissure il existait encore un léger degré de dyspnée, particulièrement la nuit.

Dans ces réflexions, M. H. se demande si, prenant en considération la grande facilité avec laquelle l'enfant se prêtait à l'examen laryngoscopique, il n'eût pas mieux valu enlever le fibrome par la voie endo-laryngée à l'aide des pinces de Dundas Grant. Il est, d'autre part, fort douteux que, en ce qui concerne la restauration de la voix, on ait obtenu par ce procédé des résultats aussi bons que par la laryngo-fissure.

TRIVAS (de Nevers).

Cancer intrinsèque du larynx, par PATEL (*Lyon médical*, 30 juillet 1905).

Homme, 65 ans; cyanose intense, tirage léger, volume du larynx augmenté; pas de ganglions; trachéotomie basse; section de l'isthme thyroïdien; trachée très dure; mort quelques minutes après.

Autopsie : cancer intra-laryngien avec étalement du cancer au niveau de l'épiglotte et des replis aryténo épiglottiques. Le rétrécissement est tel qu'on peut à peine passer une sonde canelée.

L'auteur insiste sur le degré de sténose, le peu de symptômes précurseurs de l'asphyxie, l'absence d'envahissement ganglionnaire.

SARGNON (de Lyon).

Guérison spontanée d'une paralysie double du crico-aryténoïdien postérieur (posticus), par A. ROSENBERG (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 3 juin 1905).

Il s'agit d'un homme de 56 ans qui fut soigné pour récurrence de carcinome de la langue par les rayons de Röntgen. Au bout de la troisième séance, il fut pris de toux et de gêne respiratoire. L'examen laryngoscopique révéla une paralysie double du crico-aryténoï-

dien postérieur qui nécessita la trachéotomie. Au bout de trois mois, cette paralysie diminua d'elle-même et, deux mois après, la canule pouvait être enlevée. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la guérison spontanée de l'affection. Faut-il attribuer l'origine de cette paralysie à l'action des rayons X? On ne saurait en donner une preuve certaine.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Traitement et prophylaxie des maladies du larynx causées par l'usage professionnel de la voix, par HOLGER MYGIND (*Hospitalstidende*, n° 20, 17 mai 1905, p. 451-453).

L'auteur expose les modifications objectives de ces affections : parésie des adducteurs des cordes, hyperhémie active, artérielle de la partie supérieure de la trachée, du larynx, du pharynx, ce qui, d'après lui, indique que les organes de la voix ne sont pas mis en œuvre comme il faut; modifications catarrhales des cordes, et enfin, modifications pathologiques plus grossières de la muqueuse du pharynx et du larynx.

Le facteur étiologique le plus important, c'est l'emploi irrationnel de la voix. Dans 70 cas, il a fait faire, avec d'excellents résultats, des exercices de parole et de respiration, lesquels ont de plus une très grande action prophylactique.

Au cours de la discussion, Jörgen Möller expose la méthode qu'il emploie et qui diffère de celle de Mygind. Alors que Mygind commence par faire prononcer les voyelles pures et ne les combine aux consonnes que plus tard, Möller débute d'emblée par les combinaisons de voyelles et de consonnes.

MENIER (de Figeac).

Tubage prolongé, par DEGUY (Soc. de pédiatrie, 20 juin 1905).

Deguy rapporte plusieurs cas de tubage prolongé; les enfants ont guéri sans qu'il fût nécessaire de recourir à la trachéotomie. Un de ces enfants avait été tubé onze fois et avait gardé son tube pendant dix-huit jours. Sevestre, qui n'avait pas obtenu d'aussi bons résultats, avait conseillé la trachéotomie après quatre ou cinq tubages.

A. PASQUIER.

IV. — PHARYNX

Tuberculose des amygdales chez l'enfant, par L. KINGSFORD (*Lancet*, 4 janvier 1904).

L'auteur donne le résultat des examens microscopiques des amygdales enlevées à l'autopsie de dix-sept enfants de quatre mois à neuf ans. Dans sept cas, il y avait évidemment de la tuberculose; l'examen microscopique montre des cellules géantes, mais seulement deux fois des bacilles; dans un cas, les lésions semblèrent primitives;

elles étaient secondaires dans les autres, soit par infection sanguine (cinq cas), soit par les crachats (un cas).

St CLAIR THOMSON (de Londres).

Ulcération tuberculeuse du pharynx, par E. MAZOYER
(*Arch. méd. de Toulouse*, 1905).

L'auteur rapporte un cas d'ulcération tuberculeuse observée dans le service de M. le P^r Audry. Il s'agit d'une femme de 31 ans dont les antécédents héréditaires ne présentaient rien d'intéressant, de même que les antécédents personnels jusqu'au moment de son mariage. De quatre grossesses, elle ne conserva qu'un enfant (une fausse couche à sept mois, les deux autres enfants morts l'un six heures après la naissance, l'autre à dix-sept jours). Pas de stigmatisme de syphilis chez la malade ni chez le mari, ni chez l'enfant vivant. Le sujet qui se plaignait de dysphagie depuis trois mois présentait sur le quart inférieur du pilier postérieur une ulcération nettement circonscrite, à bords déchiquetés mais non décollés, d'aspect semblable à une ulcération tuberculeuse anale.

L'examen histologique confirma le diagnostic clinique.

M. insiste sur la rareté de la localisation pharyngée et la forme ulcéreuse chronique de cette manifestation tuberculeuse.

Le sommet du poumon droit présentait des signes de tuberculose au début. Il n'y avait pas d'adénopathies.

F. LAVAL (de Toulouse).

Symphyse staphylo-pharyngée syphilitique, par DURAND
(*Lyon médical*, 9 juillet 1905).

Il s'agit d'un malade traité avec M. Martin. Homme, 55 ans; syphilis, il y a neuf ans, incomplètement traitée au début; depuis quelques mois, angine traitée sans résultat et sténose staphylo-pharyngée; piliers postérieurs et voile adhérents au pharynx; léger orifice au niveau de la luette; opération à la cocaïne; séparation facile avec des ciseaux courbes; détachement incomplet des piliers postérieurs; mise en place de l'appareil de Martin. Il donne à ce propos des explications sur son procédé (méthode Albertin-Martin; voir Thèse de Rousset, 1897). Actuellement M. Martin a supprimé les tubes de caoutchouc de fixation nasale et a fixé l'appareil à l'aide d'une tige prenant son point d'appui sur une pièce dentaire articulée.

SARGNON (de Lyon).

Synéchies cicatricielles entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx et leur traitement, par HAMILTON (*The Journal of laryngology*, n° 5, mai 1905).

L'auteur relate quatre cas de synéchies cicatricielles entre le voile du palais et la paroi pharyngée postérieure consécutives à des lésions tertiaires. Les trois premiers malades étaient des hérédo-syphilitiques âgés de 13, 8 et 3 ans; dans le 4^e cas il s'agissait d'une syphilis conjugale acquise. Ces faits tendraient à infirmer l'opinion générale admise par la plupart des auteurs modernes d'après lesquels

les manifestations tertiaires seraient l'apanage presque exclusif de l'âge adulte et s'observeraient très rarement chez les enfants. Bien plus, suivant la même opinion, l'âge serait un des principaux éléments de diagnostic permettant à la période gommeuse de différencier une gomme d'avec un sarcomè ou un fibrome, ces derniers étant généralement plus fréquents chez les enfants. Or, l'âge des malades dont M. Hamilton rapporté l'histoire montre que l'enfance n'est nullement à l'abri des ravages de la syphilis tertiaire.

En dehors des 3 cas qui forment le sujet de son travail, l'auteur mentionne des cas de gommès, d'ulcérations, de synéchies et de déformations observées par lui chez des enfants et où le résultat du traitement spécifique ne laissait subsister aucun doute sur la nature des lésions. Le cas le plus intéressant est celui d'une fillette de 14 ans ayant eu dans sa première enfance une kératite interstitielle et actuellement atteinte d'une profonde ulcération du pharynx, d'une destruction complète des cartilages et des os propres avec ensellure du nez; le frère de cette malade, âgé de 10 ans, présente des lésions similaires, mais à un degré moins prononcé. Dans les antécédents de ces deux cas, on trouve un père syphilitique ayant contaminé sa femme; celle-ci avant la naissance de ses deux enfants avait une vaste ulcération destructive des voies respiratoires et des lésions manifestement spécifiques des appareils visuels et auditifs. S'appuyant sur ces observations personnelles et celles recueillies par lui dans la littérature médicale, l'auteur conclut que les enfants même en bas âge ne sont pas moins exposés aux manifestations tertiaires que l'âge adulte, et que les idées qui ont actuellement cours dans la science sur cette question ne sauraient être acceptées comme cliniquement exactes.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur préconise un procédé qui n'est qu'une modification de celui de Kollbrunner, de Strasbourg, qui, dans un travail paru en 1896, a rapporté 60 cas de synéchies totales du voile du palais et du naso-pharynx traitées et guéries par sa méthode.

TRIVAS (de Nevers).

Corps étrangers du gosier, par Ramon DE LA SOTA Y LASTRA (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 6 mai 1905).

L'auteur rapporte quelques cas de corps étrangers du pharynx et du larynx qui montrent combien leur recherche est parfois difficile et quelle attention on doit apporter dans l'examen des patients.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Un cas de lupus primitif du pharynx et du rhinopharynx, traité par la radiothérapie, par H. S. BIRKETT (*New York med. Journ.*, 24 décembre 1904).

Il s'agissait d'un garçon âgé de 15 ans; le diagnostic fut constaté par l'examen microscopique et on trouva dans les tissus des bacilles de Koch. Le galvano-caustère, le curettage, les applications d'acide lactique, tout demeura inutile. Alors on employa la radiothérapie; après trois mois, le malade était, selon toute apparence, guéri. Une

récidive légère se montra après six mois, et un petit ulcère apparut à l'aile du nez; il s'améliorait encore par la radiothérapie.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Papillome du naso-pharynx simulant un épithélioma,
par Thomas HARRIS (*The journal of laryngology*, n° 7, juillet 1905).

Mrs R. âgée de 60 ans vint consulter l'auteur en janvier 1904 pour des élancements dans la gorge et une gêne de la respiration nasale datant de 4 mois.

État général bon : pas d'adénopathie; ni amaigrissement, ni perte d'appétit. La rhinoscopie postérieure et l'examen digital révélèrent l'existence d'une tumeur obstruant partiellement le pharynx et attachée à sa paroi postéro-supérieure. Elle avait une apparence de chou-fleur, n'était ni pédiculée, ni douloureuse au toucher et semblait très peu vasculaire. Ablation avec des pinces et une curette. Le diagnostic clinique était une tumeur maligne, probablement carcinome.

Un premier examen microscopique fait par le Dr Jonathan Wright, décela des caractères à la fois propres au papillome et à l'épithélioma, tumeurs également rares dans le naso-pharynx; mais si d'une part, l'aspect histologique ne permettait pas de conclure avec certitude à un carcinome, le microscope révélait d'autre part de si nombreux caractères exceptionnels dans le papillome que, vu en même temps l'âge de la malade, la situation de la tumeur, son accroissement plutôt rapide et son apparence clinique, M. Wright porta le diagnostic d'épithélioma. Cependant quinze mois après l'ablation du néoplasme, on ne trouva pas la moindre trace de récidive. En raison de ce fait, l'auteur fit de nouveau examiner la tumeur simultanément et indépendamment par deux anatomo-pathologistes qui montrèrent qu'il s'agissait en effet d'un papillome typique simulant par ses caractères un épithélioma et susceptible de subir la dégénérescence épithéliale, mais ne présentant dans l'occurrence aucune tendance à cette transformation maligne.

Ce cas tire son principal intérêt de la difficulté du diagnostic et de la grande rareté de ces tumeurs. Jusqu'à présent il n'a pas été relaté dans la science, de cas de papillome vrai ayant pour origine la paroi supérieure ou postérieure du naso-pharynx. Les deux cas qui s'en approchent le plus sont ceux de Sendziac et de Newman, encore est-il que dans le premier il s'agissait d'un gros papillome inséré sur le cornet supérieur et ayant causé une destruction du nez et du naso-pharynx; dans le second cas, la tumeur était implantée sur le côté du naso-pharynx.

TRIVAS (de Nevers).

Carcinome ulcéré de l'amygdale, par CITELLI, de Catania
(*Arch. f. rhinol. u. laryngol.* de Fränkel, vol. XVII, Berlin 1905).

Il s'agit d'un carcinome opéré par voie buccale et qui, deux ans après l'intervention, ne présentait pas trace de récidive. En général le pronostic des cancers de l'amygdale est particulièrement mauvais,

à cause des nombreuses voies lymphatiques qui en favorisent la généralisation.

Dans le cas présent, la tumeur s'était développée chez une femme de 43 ans : par son volume et son aspect, elle ressemblait à un sarcome et fut enlevée à l'anse galvanique pour éviter l'hémorragie : on fit de plus quelques cautérisations profondes au galvano-cautère dans la loge amygdalienne et, au bout de quelques semaines de ce traitement, la guérison était complète.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un carcinome ayant débuté par les glandes muqueuses de la tonsille : on en suivait facilement le développement dans les couches superficielles de la tumeur.

DELOBEL (de Lille).

Volumineux fibro-sarcome du voile du palais, par MOLINIÉ (Marseille, Comité médical, juillet 1905).

Molinié a fait l'ablation, chez une femme de 62 ans, d'une énorme tumeur occupant toute la moitié gauche du voile du palais et s'étendant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale.

Après une anesthésie locale à la cocaïne et en se servant du galvano-cautère, Molinié a pu extraire cette tumeur qui était du volume d'un œuf.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome formé d'une coque fibreuse d'où partaient des cloisons également fibreuses limitant des alvéoles contenant du tissu sarcomateux.

NIEL (de Marseille).

Morcellement des amygdales et ablation des végétations adénoïdes chez l'homme adulte, par CHAVASSE (Bulletin de laryngol., otol. et rhinol., 30 juin 1905).

C'est surtout un travail de statistique donnant les résultats de la pratique de l'auteur dans le nasillement et l'ablation des végétations adénoïdes, seulement pour l'homme adulte.

Toutes les opérations ont été pratiquées au Val-de-Grâce sur des militaires hospitalisés et maintenus à l'hôpital jusqu'à leur guérison complète. L'auteur signale les accidents et complications post-opératoires survenus chez ses malades et les classe en plusieurs catégories :

1° LES INFECTIONS LOCALES : *Pharyngites, amygdalites, otites aiguës et réveil d'otites chroniques, adénopathies, rhumatisme articulaire aigu* ; 2° ACCIDENTS NERVEUX : *Céphalée, hystéro-épilepsie* ; 3° ACCIDENTS DIVERS : *Fissure pharyngée, rupture du tympan, hémorragie à travers une perforation ancienne de la membrane du tympan* ; 4° MALADIES INTERMITTENTES : *Rougeole, scarlatine* ; 5° *Récidives*.

Chavasse cite des exemples à l'appui de chaque accident.

A. GROSSARD (de Paris).

De l'influence de certaines maladies intercurrentes sur la marche des palatoplasties, par Ehrmann, de Mulhouse (Académie de médecine, 11 juillet 1905).

L'apparition de certaines maladies infectieuses, scarlatine ou diphtérie, ne compromet pas nécessairement les suites opératoires des palatoplasties. Ehrmann l'a observé chez deux enfants de 7 ans, atteints de scarlatine, l'un au troisième et l'autre au septième jour, et de même chez une fillette de 4 ans, atteinte de diphtérie au huitième jour. Il ne se produisit pas de rupture au niveau de la cicatrice.

L'auteur pense que le procédé en deux temps intervient dans ces cas pour rendre plus résistante la cicatrice en voie de formation.

A. PASQUIER.

V. — BOUCHE

Un cas de noma guéri par la lumière rouge, par V. MORCHAN (*Vratchebnii Vestnik*, 1904, n° 15).

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, entré à l'hôpital pour scarlatine, qui fut, dès le 39^e jour, compliquée de varicelle, puis adénite cervicale suppurée, rougeole, otite moyenne suppurée, entérite, puis, au 87^e jour, gingivite, ulcération gagnant la joue (au microscope : staphylocoques et d'autres cocci), gangrène. Ce n'est que le 19^e jour après le début du noma que l'on institua la photothérapie locale. Une petite lampe électrique avec verre rouge et réflecteur fut placée à 25 centimètres de l'ulcère et brûla nuit et jour. Très rapidement cicatrisation.

M. de KERVILY.

L'adrénaline dans l'épithélioma ulcéré des lèvres, par A. REVELLO (*Clinica moderna*, 12 avril 1905, p. 179-180).

L'auteur a injecté le chlorhydrate d'adrénaline à 1/000; la malade gardait sur la lésion des tampons de coton imbibé de la même solution. La perte de substance se combla très vite et, sous l'influence du même traitement, le revêtement cutané devint normal. Pour faire disparaître des nodules qui persistaient, il fit des incisions cruciales avec application d'adrénaline; l'un des nodules (central) fut traité par l'injection de 1/4 de seringue de la solution.

La guérison a été parfaite, sans cicatrice déformante, bien que l'épithélioma ulcéré (de la lèvre supérieure) eût la dimension d'une pièce de cinq centimes. Depuis un an pas de récurrence.

A noter comme particularité que ce cancer était chez une femme et qu'il survint après l'arrachement de quelques poils poussés sur un nævus. Peut-être les divers traitements populaires (culot de pipe, pétrole, huile bouillie avec du vin blanc, jus de citron, sel et salive) ont-ils contribué à sa croissance assez rapide.

MENIER (de Figeac).

Enchondrome de la langue, par ROUTIER (Soc. de chir., 5 avril 1905).

Router présente un petit enchondrome qui avait mis quatre ans à

Arch. de Laryngol., 1905. N° 5.

évoluer à l'intérieur de la langue d'une jeune femme. La tumeur n'était en rapport ni avec le maxillaire, ni avec l'os hyoïde.

A. PASQUIER.

Chancre de la gencive, par CHOMPRET (*Soc. Dermat. et Syph.* 2 mars 1905).

L'auteur présente une jeune femme récemment mariée et présentant depuis peu un chancre syphilitique de la gencive au-dessus des incisives droites. Le mari nie toute syphilis antérieure. La malade ne trouve aucune cause vraisemblable à sa lésion.

DARBOIS (de Paris).

Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires, par G. RAPP, médecin stagiaire au Val-de-Grâce (*Thèse de Lyon, 1904*).

L'auteur de cette excellente thèse formule les conclusions suivantes :

Ainsi que l'ont bien indiqué MM. Poncet et Bérard dans leur *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, le trismus ou serrement plus ou moins marqué des mâchoires, a une grande valeur diagnostique comme infection actinomycosique dans les phlegmons cervico-faciaux qui paraissent être d'origine dentaire : forme angulo-faciale, temporo-maxillaire, etc.

Il a dû être souvent confondu avec le trismus bien connu causé par l'évolution vicieuse d'une dent de sagesse et d'origine inflammatoire simple. La recherche des grains jaunes peut seule, dans ces deux variétés de trismus, permettre le diagnostic pathogénique.

Au début, le trismus actinomycosique peut se rattacher à la douleur, aux accidents inflammatoires aigus et être alors d'origine réflexe; mais en dehors de cette phase aiguë, lorsque précisément le phlegmon cervico-facial a une allure chronique et qu'il est essentiellement constitué par une sorte de phlegmon ligneux, le trismus doit être attribué à la sclérose du tissu cellulaire paramusculaire, sclérose après un certain temps pouvant gagner le tissu conjonctif intramusculaire; dans certains cas il existe, comme on l'a vu à l'autopsie et au cours des opérations, une véritable myosite actinomycosique.

Cette variété de trismus peut être précoce, c'est-à-dire s'installer d'emblée pour ne disparaître ensuite que sous l'influence du traitement.

Dans d'autres cas, il paraît plus tardif, c'est-à-dire qu'après la disparition des accidents aigus et subaigus, alors qu'il ne reste qu'un plastron fibreux parfois très dur, il est allé parfois en progressant, empêchant l'alimentation du malade. C'est pour lui que maintes fois nous avons vu des malades entrer à l'Hôtel-Dieu et réclamer un traitement.

En résumé, ainsi que nous l'avons souvent entendu dire à M. le Prof. Poncet dans ses cliniques, il faut se méfier beaucoup de l'infection actinomycosique, dans la constriction des mâchoires qui accompagne

des phlegmons situés à leur niveau. Dans tous les cas, l'hypothèse d'une infection actinomycosique est d'autant plus vraisemblable que le resserrement des mâchoires persiste ou va même s'accroissant après la disparition des accidents inflammatoires aigus, et impose la recherche des grains jaunes, d'où découle, comme on le sait, un traitement spécial.

SARGNON (de Lyon).

Calculs salivaires de la glande sous-maxillaire droite et calcul amygdalien de l'amygdale gauche, par THOMAS (Marseille, Comité médical, juin 1905).

Thomas rapporte le cas d'un malade qui était porteur de deux tumeurs, l'une très volumineuse et douloureuse située dans la région sous-maxillaire droite; l'autre du volume d'une grosse amande, dans le plancher buccal du même côté. L'exploration de la glande sous-maxillaire avec la sonde cannelée et le galvano-cautère a permis l'expulsion de deux calculs salivaires de la grosseur d'un grain de blé. Le résultat de l'intervention a été la cessation d'une suppuration qui se produisait depuis longtemps au niveau de la glande.

Thomas montre aussi un calcul du volume de près d'un centimètre cube extrait de l'amygdale gauche d'une femme de 58 ans.

NIEL (de Marseille).

Contribution au traitement des fistules de la première partie du canal de Sténon, par G. FRATTIN (*Rivista Veneta di Scienze med.*, 15 mars 1905).

Les difficultés de la guérison des fistules, de la partie massétérine sont connues. L'auteur passe en revue les méthodes de Lauenstein (transfixion du masséter, parallèlement à ses fibres, introduction d'un fil de soie), de Kauffmann (transfixion de la joue par le trocart, introduction d'un drain laissé quinze à vingt jours en place), de Nicoladoni (suture des deux extrémités à l'aide d'un lambeau détaché de la muqueuse buccale qui fera l'office d'un canal intermédiaire aux deux segments du canal de Sténon), de Braun, de Küttner, etc.

L'auteur propose de faire une incision sur le trajet normal du canal; on excise ainsi le cul-de-sac fistuleux. Disséquer 2 à 3 mill. du moignon central du canal; perforer de dehors en dedans, avec le bistouri, le masséter et la muqueuse buccale, ce nouveau conduit sera oblique en dehors et en avant, passant le plus près possible de la branche montante du maxillaire; détacher ensuite de la muqueuse buccale un lambeau dont la base correspond à la perforation, le saisir de l'extérieur à travers la perforation par une pince de Péan, et en amener l'extrémité libre à la face externe du masséter. Dans la gouttière ainsi créée, fixer le moignon central du canal de Sténon et transformer cette gouttière en canal, par quelques points de suture, jusqu'à l'endroit où le lambeau pénètre dans l'épaisseur du masséter. Suture la plaie externe.

L'auteur n'a pas encore appliqué sa méthode à l'homme; il ne l'a employée que chez le chien.

MENIER (de Figeac).

Une complication nouvelle de la parotidite, par F. ORTA
(*Gazz. degli osped.*, t. I, 1905).

Au cours d'une épidémie de parotidite, l'auteur a observé trois cas d'herpès zoster, survenant comme complication dans la deuxième semaine de l'infection. Dans le premier cas, éruption d'herpès dans la région costale droite, le 8^e jour ; dans le deuxième cas, éruption sur le parcours des nerfs intercostaux, devant et derrière, le 9^e jour ; dans le troisième cas, éruption au niveau de la deuxième côte gauche, le cinquième jour également. Orta chercha à prendre du pus de la parotidite ; il le trouva stérile. Voici donc une nouvelle complication non encore signalée, semble-t-il, des parotidites ; mais cette complication ne doit pas étonner car, dans les maladies infectieuses il y a toujours des lésions du système nerveux — plus ou moins marquées — et ici une névrite, développée grâce sans doute à des toxines microbiennes, serait l'explication rationnelle de ces cas de zona.

T. MANCIOLI (de Rome).

VI. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, OESOPHAGE

Atrésie de la trachée et des grosses bronches d'origine traumatique, par BRINDEL (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 26 février 1905).

Observation d'un malade porteur d'une sténose trachéale très accentuée avec menace d'asphyxie et trachéotomie faite par Moure. La trachée était fortement déviée vers la gauche, ce qui rendait l'intervention laborieuse et l'obligation de mettre une très longue canule.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Sur un cas d'extraction de corps étranger des voies aériennes à l'aide de l'électro-aimant, par BURK, de Hambourg (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, Berlin 1905).

Le siège tout spécial du corps étranger en a permis ici l'extraction sans l'aide de la bronchoscopie.

Un enfant de 3 ans avait aspiré dans les voies respiratoires une vis de fer : l'examen et les signes stéthoscopiques permettaient de localiser le corps étranger dans la bronche gauche. L'examen radiographique compléta ce diagnostic en montrant le fragment métallique entre la cinquième et la sixième côte gauches. L'instrument employé fut un électro-aimant puissant consistant en une longue tige mousse, incapable par conséquent de léser la muqueuse bronchique. Les tentatives d'extraction par les voies naturelles ayant été infructueuses, on décida de recourir à une trachéotomie basse après laquelle on prit une seconde radiographie pour s'assurer que le corps étranger n'avait pas bougé dans les efforts de toux : à travers le

tube-bronchoscope l'électro-aimant put être introduit deux centimètres plus profondément qu'à la première tentative et à la première introduction ramena le corps étranger.

Les suites opératoires furent normales et la guérison rapide.

DELOBEL (de Lille).

Corps étranger de la bronche gauche, enlevé par une opération, par W. PASTEUR et T.-H. KELLOCK (*Lancet*, 19 mars 1904, p. 793).

Ce corps étranger était un bouchon de verre et donnait par conséquent une ombre très petite à la radiopathie. On fit une trachéotomie basse et le bouchon fut extrait au moyen de tenettes d'argent.

S^t CLAIR THOMSON (de Londres).

La greffe thyroïdienne, par GAUTHIER et KUMMER, de Genève (*Académie de médecine*, 21 mars 1903).

Lannelongue rappelle qu'en 1890, il a pratiqué pour la première fois la greffe thyroïdienne avec un corps thyroïde de mouton chez un enfant crétin et myxœdémateux.

Il présente au nom de Gauthier et Kummer de Genève, l'observation d'une enfant de trois ans très améliorée en huit à dix mois après lui avoir greffé quatre petits fragments de la thyroïde d'une jeune fille goitreuse.

A. PASQUIER.

Goitre suffocant mis à l'air. Guérison des accidents: atrophie du goitre, par CAVAILLON (*Lyon médical*, 15 janvier 1903).

Ce malade âgé de 40 ans, opéré par M. Jaboulay prenait des crises de suffocation depuis cinq nuits. Goitre rétro-sternal. Pas de compression locale. Pas de basedowisme.

Opération sans anesthésie. Luxation au doigt, suture du corps thyroïde à la partie supérieure de la plaie.

Trachée molle, non déformée. Goitre très vasculaire et plongeant.

Indication de l'exothyropexie : goitre vasculaire, plongeant. C'est une opération d'urgence peu grave.

Indication de l'énucléation intra-glandulaire : goitre kystique, nodulaire.

Indication de la thyroïdectomie : vieux goitre calcaire ou colloïde.

SARGNON (de Lyon).

Paralysie bilatérale par compression cicatricielle du récurrent à la suite de la thyroïdectomie, par A. CARTAZ (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 10 juin 1903).

Ces paralysies post-opératoires peuvent être ou immédiates ou tardives. Dans le premier cas, elles sont dues à l'irritation du tronc nerveux par élongation, tiraillement, caustiques, ou à sa section au cours de l'opération. Dans le second cas, elles sont le résultat d'adhérences profondes, de rétractions cicatricielles, amenant la compression du récurrent. Ces cas sont assez rares. La paralysie est parfois si intense qu'elle entraîne des accès de suffocation nécessi-

tant la trachéotomie. L'auteur en rapporte une observation : Il s'agit d'une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs causée par la compression des deux récurrents dans du tissu cicatriciel.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Occlusion congénitale de l'œsophage, par WILLIAM THOMAS (*Lancet*, 6 février 1904).

L'auteur rapporte un cas non confirmé d'ailleurs par l'autopsie et relate les dix-neuf autres déjà publiés.

St CLAIR THOMSON (de Londres).

Gastrotomie pour rétrécissement de l'œsophage, par VENOT et MONOD (*Journal de méd. de Bordeaux*, 19 février 1903).

A la suite de l'injection de potasse caustique, un rétrécissement très serré s'était progressivement développé chez une jeune femme. La dilatation électrique progressive avait tout d'abord donné de bons résultats, mais bientôt la gastrotomie devint nécessaire. La malade peut s'alimenter par son œsophage et a très rapidement, repris son poids. On passe la sonde n° 24.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Corps étranger de l'œsophage; extraction, par MORALES PEREZ, de Barcelone (*El Siglo medico*, julio 1903).

Un homme de 30 ans avale, en dormant, une pièce de prothèse dentaire longue de 4 centimètres et large de 3 centimètres. Après avoir reconnu la place exacte du corps étranger, l'auteur l'eut facilement avec le panier de Graefe. C'est une chance, car la pièce avait à chacune de ses extrémités un petit prolongement destiné à l'assujettir, lequel pouvait très bien pénétrer sous la paroi œsophagienne au cours des manœuvres d'extraction.

E. BOTELLA (de Madrid).

Panier de Graefe et corps étrangers de l'œsophage, par ACQUAVIVA (*Marseille médical*, 22 décembre 1904).

Acquaviva a eu depuis trois ans l'occasion d'employer quatre fois le panier de Graefe pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, toujours avec succès et sans aucune complication consécutive. Chez la première malade, une femme âgée de 36 ans, qui avait avalé, la nuit, son dentier composé de deux dents, l'extraction fut très rapide. Chez les trois autres, des enfants âgés de 2 à 7 ans, chez lesquels la radiographie avait indiqué la présence de sous retenus au niveau du premier rétrécissement œsophagien, la manœuvre opératoire fut plus délicate. Voici le procédé que préconise Acquaviva pour mener à bien l'emploi du panier de Graefe : Introduire l'index gauche aussi en arrière que possible, de façon à former une poulie de réflexion. La partie inférieure de la tige est redressée et rarement le cricoïde sera accroché, pendant que, de la main droite, l'opérateur tire doucement et par petits coups sur l'extrémité supérieure de la tige flexible.

D'une façon systématique, Acquaviva conseille l'emploi du panier

de Graefe dans les cinq à six premiers jours de l'accident, lorsque l'on aura à extraire une pièce de monnaie. NIEL (de Marseille).

Extraction des corps étrangers par l'œsophagoscopie, par H. STARK (*Münch. Med. Woch.* février 1905).

L'auteur montre d'abord que nos différentes méthodes de diagnostic sont totalement insuffisantes. Les renseignements donnés par les malades sont le plus souvent très vagues et ne nous renseignent ni sur la position ni sur le siège des corps étrangers. Ils sont insuffisants même sur la nature de ces corps étrangers, ce qui est cependant d'importance, car si on peut pousser sans danger, dans l'estomac, un morceau de viande qui est molle, cette manœuvre devient dangereuse, s'il s'y trouve un fragment acéré d'os. L'exploration à la sonde est également insuffisante, car nombreux sont les cas publiés où cette méthode d'examen n'a pas décelé un corps étranger réellement arrêté dans le canal. Enfin la radioscopie ne met pas en évidence les tissus qui, par leur nature et leur faible épaisseur, laissent passer les rayons de Roentgen. L'œsophagoscopie est la seule méthode de diagnostic qui soit inoffensive, certaine en son résultat et non sanglante. Elle peut cependant offrir des difficultés dues à des spasmes de l'œsophage que l'on combat par la cocaïne, à des gonflements et à de la rougeur de la muqueuse qui se dissipent par l'adrénaline.

Dans la plupart des cas, la cocaïnisation suffit ; dans les cas difficiles où chez les enfants il faut recourir au chloroforme. L'auteur fait alors une exploration à l'aide du conduit souple (Tube de Faucher sans doute) ; si le tube pénètre directement dans l'estomac, il le retire et introduit l'œsophagoscopie de 45 cent. pour explorer soigneusement toutes les parois œsophagiennes. Si l'exploration montre que le corps étranger est haut placé, il introduit un tube plus court muni d'un mandrin.

L'extraction du corps étranger se fait ensuite à l'aide de l'instrumentation ordinaire, pinces, crochets, qui servent à saisir l'obstacle ou à le dégager et le mobiliser. Dans les cas où le corps étranger est trop volumineux, il recommande la pratique de Killian, qui le morcelle dans l'œsophagoscope pour en retirer successivement les morceaux. Enfin dans les cas rares où l'extraction est impossible par les voies naturelles, il recommande l'œsophagotomie, si l'obstacle occupe une situation élevée ; la gastrostomie, s'il est bien placé.

Suivent quatre observations de corps étrangers extraits par les voies naturelles : fragment osseux de côtelette mesurant 24 millimètres de long sur 21 de large, un fragment d'os de 43 millimètres sur 24 de large ; une arête de poisson de 23 millimètres de long sur 7 millimètres de large.

CH. SIMON (de Reims).

Œsophagotomie chez un enfant de 3 ans par un sou resté dans l'œsophage, par LERICHE (*Lyon médical*, 12 février 1905).

L'accident date de trois jours. La radiographie montre le sou au-dessus de l'épine de la deuxième vertèbre dorsale. Avec le panier de Graefe, tout le larynx se soulève. L'auteur dégage le panier non sans peine sans amener le sou. Le lendemain, opération sous anesthésie en position de Rose. On ne peut sentir le sou avec le doigt à cause de l'étroitesse de l'ouverture buccale. Essai infructueux d'ablation à la pince. OEsophagotomie externe *du côté droit* faite sans difficulté. Pas de suture profonde. Le septième jour, la fistule œsophagienne est guérie. L'auteur conclut :

- 1° A l'utilité de la radioscopie dans ces cas ;
- 2° Rejet du panier de Graefe ;
- 3° On peut passer aussi bien à droite qu'à gauche pour faire l'œsophagotomie.

M. Bérard, à propos de ce cas, présente un nouveau cas d'œsophagotomie faite au quatrième jour pour un sou. Il y a eu un peu de broncho-pneumonie et de raucité de la voix qui ont disparu rapidement.

M. Garel insiste sur l'utilité de l'œsophagoscopie qui se répand de plus en plus en Allemagne et qui diminuera les indications de l'œsophagotomie.

SARGNON (de Lyon).

VII. — SURDI-MUTITÉ

Sur la surdi-mutité congénitale, par le Pr JOH. HABERMANN
(*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. 63, fasc. 3 et 4, p. 201).

Examen anatomique et microscopique des oreilles d'une femme de 44 ans, sourde et muette depuis son enfance, morte d'anémie pernicieuse. Les lésions (qui sont représentées dans deux planches jointes au mémoire) étaient pour l'oreille droite : dans l'oreille moyenne, inflammation chronique avec épaississement de la muqueuse et adhérence étendue de la tête du marteau à la paroi supérieure. Formation d'adhérences autour de l'étrier. Une hyperostose à la partie postérieure du promontoire et une petite exostose sur la paroi extérieure de la niche de la fenêtre ovale. Épaississement de la partie antéro-inférieure de la base de l'étrier et ankylose circonscrite au bord postéro-inférieur. Dans l'oreille interne, atrophie du nerf du sacculé et du limaçon, de même que des cellules ganglionnaires périphériques dans le canal spiral. Agrandissement du canal cochléaire et forme ovale de celui-ci dans la plus grande partie du limaçon. rapetissement dans la partie terminale de la rampe basale. Altération de forme de la strie vasculaire dans une partie de la spire basale et de la pointe du limaçon. Hypoplasie de l'organe de Corti. Obstruction de l'aqueduc du limaçon. Pour l'oreille gauche, les lésions étaient essentiellement les mêmes. L'organe de Corti était également atrophié et la strie vasculaire présentait des altérations de form^e

notable jusqu'à sa complète disparition dans une partie de la spire moyenne.

L'origine et la cause de cette surdi-mutité restent douteuses. D'après le mari, également sourd-muet, l'affection de sa femme serait apparue à l'âge de 5 ans, à la suite d'un coup sur la tête ; mais il n'y a aucun fond à faire sur cette affirmation. Les lésions histologiques de l'oreille, qui ressemblent à celles qu'ont décrites dans ces derniers temps Scheibe, Siebenmann et Oppikofer, sont caractéristiques d'une surdi-mutité congénitale.

E. HÉDON (de Montpellier).

Contribution à l'étude de la surdi-mutité héréditaire.

Nouvelles recherches sur le vertige galvanique, par HAMMERSCHLAG, de Vienne (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, juin 1905).

D'une étude statistique très complète comparée à celles de Kreidl et d'Alexander sur le même sujet, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Dans la plupart des cas de surdi-mutité héréditaire chez l'homme (vingt-sept sur quatre-vingt onze), les épreuves de l'équilibre, ainsi que la recherche du vertige voltaïque ne décèlent rien d'anormal : nous devons en conclure que dans ces cas les lésions des organes de l'équilibre sont beaucoup moins prononcées que celles des cellules ciliées de l'organe de Corti.

Dans un petit nombre de cas de surdi-mutité héréditaire (deux sur trente et un), on trouve les épreuves de l'équilibre négatives et le vertige voltaïque positif : ce fait qui démontre une certaine excitabilité des cellules ciliées, prouve aussi la rareté de l'extension des lésions dégénératives aux canaux semi-circulaires.

Dans un nombre également restreint de cas (deux sur trente et un) l'oreille s'est montrée totalement réfractaire aux épreuves de l'équilibre et au vertige voltaïque, ce qui montre que parfois les lésions dégénératives peuvent s'étendre à toutes les terminaisons nerveuses de l'oreille interne.

DELOBEL (de Lille).

Remarques au sujet de quelques nouvelles statistiques allemandes sur la surdi-mutité, par UCHERMANN, de Christiania (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, juin 1905).

Les statistiques faites jusqu'ici et concluant comme cause de la surdi-mutité soit à la consanguinité, soit au crétinisme, sont loin de répondre à la réalité des faits.

Il faut d'abord établir une démarcation bien nette entre la surdi-mutité acquise et la surdi-mutité congénitale, les premières étant dues à une altération locale de l'appareil auditif.

La forme congénitale peut se montrer à l'état épidémique ou à l'état sporadique.

Ces divisions elles-mêmes sont quelque peu conventionnelles et un certain nombre de cas pourraient rester indifféremment dans l'une ou l'autre variété.

Avant d'admettre la consanguinité comme cause fréquente de sur-

di-mutité, il faudrait savoir si elle est elle-même un facteur de dégénérescences héréditaires; ce qui est loin d'être prouvé : d'ailleurs les diverses statistiques de sourds-muets font varier le pourcentage des cas de consanguinité de 13 % à 55 %.

DELOBEL (de Lille).

La gymnastique et la rééducation respiratoires appliquées à la méthode orale dans l'enseignement pédagogique des sourds-muets, par Georges TILLOX, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

D'après l'auteur, la débilité de l'organisme, l'hérédo-syphilis, le rachitisme, la débilité adénoïdienne sont les causes les plus fréquentes de la surdi-mutité. Il en résulte un ralentissement général de la nutrition qui se manifeste par un certain nombre de tares telles qu'hypertrophie des lèvres, de la langue, implantation vicieuse des dents, insuffisance sécrétoire des glandes salivaires, hypertrophie des amygdales, inertie des parois buccales et des lèvres. Il est possible de combattre les effets désastreux de la surdi-mutité; c'est à quoi s'emploie le professeur spécial. Mais ce dernier devrait être aidé dans sa tâche difficile par le médecin qui, tout en préparant le terrain, mettrait du même coup l'infirme à l'abri des grandes infections et de la tuberculose en particulier.

C'est du côté de la respiration surtout que devraient porter les efforts du médecin, car, chez le sourd-muet, elle est irrégulière et par trop superficielle, et remplit mal son double rôle qui est de concourir aux échanges gazeux et de fournir l'air nécessaire à la phonation.

D'une manière presque générale, on peut dire que la respiration, chez tous les sourds-muets, est défectueuse : 1° Parce que l'hématose est mauvaise, d'où dyspnée, c'est-à-dire insuffisance respiratoire; 2° parce que la dilatation thoracique est incomplète.

L'auteur a examiné dix enfants appartenant à la classe enfantine de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris; chez aucun d'eux, les lois spéciales de la respiration n'étaient observées. Il a constaté une paresse évidente des ailes du nez provenant d'une légère paralysie faciale; des joues flasques et molles; le thorax parfois déformé, toujours incomplètement développé; des ventres plats ne réagissant ni à l'inspiration, ni à l'expiration; des mouvements respiratoires saccadés et répétés par soubresaut, sans qu'il se produisît d'expiration; une dyspnée intense (33 respirations à la minute en moyenne). L'examen oto-rhino-laryngoscopique, pratiqué par le Dr Grossard, a révélé chez quelques enfants l'existence de végétations adénoïdiennes.

Ces constatations faites, l'auteur résolut de tenter la rééducation respiratoire préconisée par Rosenthal, et de procéder autrement que ne le font les professeurs de sourds-muets. Tout d'abord, il fit, au moyen du centimètre symétrique du Dr Rosenthal, des mensurations thoraciques sus et sous-mammaires droite et gauche et obtint des variations à chaque inspiration et à chaque expiration; il constata en outre une asymétrie thoracique marquée.

Les adénoïdiens ayant été opérés, des exercices respiratoires furent faits avec cinq élèves pris au hasard, les autres devant jouer le rôle de témoins. Chaque matin, au lever, et pendant trente jours consécutifs, les exercices eurent lieu. Après avoir expliqué la nature de ces divers exercices, l'auteur expose les résultats obtenus. A la fin des expériences, le jeu du thorax s'est complètement régularisé. les respirations sont devenues de plus en plus profondes et le rythme respiratoire s'est établi. Par contre, chez les enfants non exercés, les phénomènes de dyspnée ont persisté et même augmenté; chez d'autres, la respiration est restée folle et insuffisante, les variations thoraciques existent toujours.

La rééducation respiratoire a donc eu pour effet d'établir en un temps relativement court une respiration presque parfaite dont les heureux effets ne manqueront pas de se faire sentir. L'auteur estime que cette méthode donne des résultats supérieurs à ceux obtenus jusqu'alors par la gymnastique respiratoire, telle que la pratiquent les professeurs de sourds-muets, parce qu'elle repose sur des bases moins empiriques et surtout parce qu'elle est médicalement conduite.

Nous acceptons volontiers ces conclusions. Toutefois, qu'il nous soit permis de faire quelques réserves au sujet de pratiques en usage dans les écoles de sourds-muets et que l'auteur condamne sans appel. Le moment venu de préparer l'appareil vocal, il voudrait que les exercices d'inspiration et d'expiration se fissent uniquement par la voie nasale, sous prétexte que c'est la condition d'une respiration physiologique et saine, alors que les professeurs de sourds-muets les font exécuter, tantôt par la voie nasale, tantôt par la voie buccale. C'est que, précisément, cette manière de procéder a sa raison d'être. En agissant de la sorte, le professeur se propose de mettre le jeune sourd-muet en état de faire fonctionner le voile du palais, afin que l'enfant puisse, à son gré, employer l'une ou l'autre des deux voies ou même les deux à la fois, suivant qu'il s'agit d'émettre un son buccal, un son nasal ou un son semi-buccal et semi-nasal comme *an*, *on*, *in*, *un*. D'ordinaire ce résultat est malaisé à obtenir, le voile du palais étant inerte chez la plupart des jeunes sourds-muets non démutisés; il repose en effet sur la base de la langue et ne se relève guère qu'au moment de la déglutition. C'est donc un mouvement réflexe que l'enfant est incapable de produire volontairement. Dans ces conditions, si l'on se contentait de faire inspirer et expirer par le nez, il ne suffirait pas de faire parler le sourd-muet pour qu'il pût diriger à sa guise le courant d'air sortant, et la plupart de nos élèves nasilleraient en parlant; cela ne contribuerait certes pas à rendre leur parole plus nette et plus agréable, au contraire.

Les exercices respiratoires avec le spiromètre et avec la bougie qu'il faut éteindre à une distance plus ou moins grande ont également pour but d'obliger l'enfant à mouvoir le voile du palais de telle ou telle manière; c'est dire qu'ils ont également leur utilité et partant leur raison d'être.

En terminant, l'auteur ajoute que la durée de la rééducation respiratoire devrait être portée à trois mois et que ce traitement est applicable aux personnes atteintes d'un défaut quelconque de la parole.

E. DROUOT (de Paris).

Question de pratique sur l'éclairage des salles dans un établissement de sourds-muets, par K. BALDRION, de Vienne (*Eos.*, Vienne, janvier 1905).

Il faut savoir que pour le sourd-muet, voir, regarder, observer sont les seuls moyens de communiquer avec le monde extérieur. De plus, dans les cours d'articulation, un très bon éclairage est nécessaire pour bien lui faire comprendre le jeu des lèvres, des joues, de la langue et du palais dans l'émission des diverses voyelles ou consonnes. Pour toutes ces raisons il faut souhaiter autant que possible que le professeur soit éclairé des deux côtés et que la lumière vienne d'en haut : la bouche du maître devra se trouver sensiblement à la même hauteur que les yeux des élèves. Les parois et les murs de la chambre devront être autant que possible peints en blanc ou en gris clair ; le professeur d'articulation se placera sur un tabouret tournant de façon à ce que plusieurs élèves puissent le regarder successivement sans changer de place.

DELOBEL (de Lille).

L'Institut des sourds-muets à Rome, par G. FERRERI (*Atti della Clin. Ferreri*, 2^e année).

Ferreri et Manciola ont examiné systématiquement les malades de cet Institut, au point de vue de la gorge, du nez et des oreilles. Ils ont constaté des cas de guérison, mais chez des gens n'ayant pas tout à fait perdu l'ouïe : ils ont donc conclu à la nécessité absolue de confier l'examen des sourds-muets à des spécialistes qui pourront se rendre un compte exact de l'origine de ces troubles de l'ouïe et de la parole et qui, par cela même, pourront instituer le traitement convenable, de façon à rendre une voix sinon parfaite, du moins suffisante à ces malheureux.

T. MANCIOLI (de Rome).

VIII. — ANESTHÉSIE.

De l'anesthésie générale par le somnoforme dans la pratique chirurgicale, par BERT (*Journ. des médecins-praticiens de Lyon*, 30 juin et 3 juillet 1905).

Dans cette très intéressante monographie, l'auteur constate la nécessité de supprimer de plus en plus le symptôme douleur pour les petites opérations aussi bien dentaires que non dentaires et l'importance d'un anesthésique rapide non dangereux pouvant s'employer, le malade ayant mangé. Depuis quatre mois, l'auteur emploie ce

procédé à sa clinique presque journellement, soit pour les anesthésies de courte durée, soit même pour commencer les anesthésies à l'éther. L'auteur a déjà fait deux cents anesthésies sans aucun accident.

Le somnoforme, inventé et étudié par Roland de Bordeaux présente la formule suivante :

Chlorure d'éthyle.....	60 %
— de méthyle..	35 %
Bromure d'éthyle.....	5 %

Depuis le mois de mai 1901, plus de vingt-trois mille anesthésies au somnoforme ont été faites sous le contrôle de l'inventeur.

M. de Trey estime à cent mille les anesthésies faites au somnoforme en Angleterre et à deux cent cinquante mille celles faites en Europe en 1903 seulement. Presque toute la bibliographie est anglaise.

Pour obtenir une bonne anesthésie, il faut la rapidité dans la manœuvre et l'application hermétique du masque sur le visage du patient. Le somnoforme est en flacon gradué de 50 grammes ou en ampoule de 5 centimètres cubes. Cette dernière forme est préférable.

En règle générale, il faut chez l'adulte une dose de 5 cent. cubes environ de somnoforme et douze à quinze aspirations pour amener l'anesthésie; chez l'enfant, il suffit de 2 centimètres cubes avec six à huit aspirations.

Il n'y a pas de contre-indication d'âge. On peut utiliser soit un simple mouchoir plié en chapeau de gendarme avec interposition d'une feuille de papier imperméable, soit mieux le masque caoutchouté à chlorure d'éthyle de Robert et Lescure. On peut endormir assis ou couché, à jeun ou non; il suffit qu'il ne vienne pas de prendre un copieux repas; les vomissements ou les nausées surviennent dans la proportion de 1 %; la fixité du regard, la chute des paupières et l'anesthésie au pincement indiquent le moment d'opérer. Il faut alors intervenir de suite. Il est préférable de garder le malade couché pendant quelques minutes après l'anesthésie. Le réveil se fait sans troubles.

M. de Trey signale quelques cas de malaises survenus après l'administration du somnoforme. Ils sont dus :

- 1° A une mauvaise administration de l'agent par une personne inexpérimentée avec un appareil défectueux;
- 2° A une dose trop forte;
- 3° Le malade s'est levé trop tôt;
- 4° Le malade a avalé du sang;
- 5° Il y a des patients malades avec n'importe quelle anesthésie.

Le somnoforme peut s'employer aussi bien dans le cabinet qu'à l'hôpital. Il est pratique pour les interventions n'excédant pas soixante secondes, et il rend de grands services en oculistique et en oto-rhino-laryngologie.

SARGNON (de Lyon).

IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

De l'emploi de la sublamine dans les affections de l'oreille, par ALEXANDER (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 6, 1905).

La sublamine est un composé mercuriel destiné à remplacer le sublimé; l'auteur a étudié son emploi dans les affections de l'oreille; il en a obtenu de bons résultats en solution aqueuse à un pour mille; la sublamine présente cet avantage sur le sublimé qu'elle est très peu toxique, tout en ayant un pouvoir antiseptique considérable. Il est à remarquer qu'elle est très irritante pour les muqueuses nasale et pharyngée.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Sur le traitement de l'otite moyenne catarrhale chronique par la thiosinamine, par Martin SUGAR (*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. 62, fasc. 3 et 4, p. 241).

M. S. rappelle d'abord les bons effets de la thiosinamine obtenus par Hebra dans le lupus, et par d'autres auteurs dans différents cas de sclérose (nodules hypertrophiques du tissu conjonctif, chéloïdes, sclérodermie, rétrécissement de l'œsophage, du larynx, rhinosclérome, etc.). La substance en solution alcoolique à 15 % fut injectée dans ces cas sous la peau du dos, profondément dans les muscles, d'abord à deux ou trois divisions de la seringue de Pravaz, deux fois par semaine, puis, la troisième semaine, à la dose de une demi-seringue, et, dans les quatre à cinq semaines suivantes, une seringue entière. La douleur causée par l'alcool est fugitive, et les malades éprouvent d'abord une odeur et un goût alliacé. La thiosinamine a été aussi injectée par Hoorn en solution glycinée, et employée par Unna en pommade. L'action élective qu'exerce cette substance sur les lésions scléreuses qu'elle ramollit, ressemble à celle de la tuberculine, à cela près qu'elle n'amène point de fièvre. Ces résultats engagèrent l'auteur à essayer l'action de la thiosinamine dans les lésions scléreuses de l'oreille moyenne; il employa la substance en injection sous-cutanée, mais aussi, dans quelques cas, l'introduisit par le cathéter dans la caisse du tympan (5 à 6 gouttes d'une solution aqueuse et glycinée à 10 %). Dix cas furent ainsi traités, dont huit cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne et deux cas d'adhérences du tympan consécutives à des otites moyennes supprimées. Il faudrait un plus grand matériel pour se prononcer d'une manière certaine sur la valeur du traitement. Mais les résultats obtenus furent très satisfaisants. Dans deux cas de catarrhe de l'oreille moyenne, et dans un cas d'adhérences du tympan, l'injection quotidienne par le cathéter de 5 à 6 gouttes de la solution glycinée à 10 % pendant trois semaines, amena la mobilité du tympan et l'amélioration de l'ouïe et des symptômes subjectifs.

E. HÉDON (de Montpellier).

La thiosinamine dans le traitement des affections de

l'oreille, par CASSEL, de Posen (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, juin 1905).

Quand une otite moyenne purulente a été guérie par le traitement conservateur, presque toujours les douleurs, les bourdonnements et la surdité reparaissent d'eux-mêmes. Dans le cas contraire, nous avons dans le cathétérisme, le massage vibratoire, les instillations dans la trompe, l'iode, des moyens suffisants pour en triompher. Dans les cas rebelles, la thiosinamine constitue un excellent moyen de faire disparaître les adhérences fibreuses, à condition préalable d'examiner soigneusement les poumons du patient, ce médicament étant susceptible de ramener des hémoptysies chez des sujets prédisposés. Il faut se servir d'une solution alcoolique à 15 % à laquelle il est bon d'ajouter 18 % d'anesthésine pour atténuer les douleurs : l'injection est suivie d'une sensation de plénitude et de huit subjectifs variés qui ne durent généralement que quelques heures.

Sept patients traités par cette méthode ont commencé à présenter après trois ou quatre injections une grande amélioration et la surdité avec les bruits subjectifs avaient presque complètement disparu à la suite de quinze ou vingt injections.

DELOBEL (de Lille).

De l'emploi du bromure de radium dans le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures,

par COLIN CAMPBELL (*Liverpool, Medico-Chirurgical Journal*, janvier 1903, p. 294).

L'auteur rapporte deux cas ; il s'agit au premier cas d'un jeune homme, malade de phtisie fort avancée, de tuberculose laryngée, et d'ulcération du voile du palais et de l'angle de la bouche ; la dysphagie est devenue terrible. L'emploi de 10 mgs. du bromure de radium à 30 applications de 30 minutes de durée a produit l'analgésie. L'ulcère de l'angle de la bouche a guéri, et l'ulcère du voile du palais s'est cicatrisé ; néanmoins la mort surviendra.

Dans l'autre cas, deux ulcères tuberculeux récents des piliers antérieurs du voile sont guéris par le curettage et par six applications du bromure de radium. Après six mois il n'y a pas de récurrence.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Traitement de la diphtérie par la teinture de myrrhe,

par STROLL (*Allgem. med. Zentralzeit.*, n° 46, 1904).

L'auteur a traité cent quarante cas de diphtérie par ce médicament ; dans trois cas seulement il y eut une terminaison fatale ; dans tous les autres cas, il obtint une guérison rapide.

Voici sa formule

Teinture de myrrhe	} aa 8 gr.
Glycérine	
Eau distillée	200 gr.

Donner par cuillerées à café ou à soupe toutes les deux heures, suivant l'âge. Les effets favorables de la teinture de myrrhe dépendraient suivant l'auteur de l'abondante leucocytose qu'elle provoque et qui

rendrait l'organisme plus apte à lutter contre les toxines diphtériques.
MENIER (de Figeac).

Du traitement de l'asphyxie par l'aspiration intra-trachéo-bronchique, par M. LATARJET (*Lyon médical*, 20 août 1905).

La mort n'est pas rare par chute de sang dans la trachée et asphyxie mécanique consécutive au cours des nombreuses opérations sur le cou et la face. Récemment, Weber signale encore quatre cas de mort par suffocation sur quatre cent quatre-vingt-six cas de résection du maxillaire supérieur. Le 18 juin dernier, dans un cas semblable opéré par M. Vallas, asphyxie, mais retour à la vie par le procédé suivant; malgré la trachéotomie, la respiration artificielle et les tractions de la langue, la mort apparente durait depuis cinq minutes. Introduction par la canule d'un tube de caoutchouc de 40 centimètres de long; introduction de 10 à 12 centimètres. Aspiration avec une seringue à hydrocèle, évacuation d'un caillot de 13 centimètres de long dont l'extrémité supérieure est logée dans le drain; plusieurs épreuves semblables sont effectuées avec aspiration chaque fois d'un caillot; le malade revient à la vie; pas de complications.

M. Latarjet insiste sur la rareté de pareilles observations et du peu de crédit qu'on attache à l'aspiration; autrefois, la méthode d'aspiration a tenu une grande place; seringue aspirante de Desgranges, appareil de Courtois, soufflet à deux cavités de Colman, pompe aspirante de Gorey, appareil de Meunier. Si la clôture trachéale est hermétique (expérience de Troja sur un chien) l'aspiration violente est dangereuse.

Au XIX^e siècle, on fait surtout l'insufflation chez le nouveau-né, mais après aspiration des mucosités. Dans son traité, Koenig cite un cas guéri par aspiration probablement buccale au cours d'une trachéotomie pour opération de la face. Récemment, M. Bérard fait sous l'influence des manœuvres respiratoires, sortir de la bouche d'un de ses opérés un caillot de 8-10 centimètres de long, véritable modelage du larynx et de la trachée, au moment où il s'apprêtait à faire une trachéotomie. Cliniquement, Voisin rapporte qu'un des meilleurs sauveteurs de Paris appliquait l'aspiration aux noyés et que ce procédé était très efficace; l'aspiration réussit entre les mains des accoucheurs. Comme le sang se coagule très vite, il y a asphyxie mécanique, il faut donc aspirer l'obstacle. Un tube ou une sonde de caoutchouc à parois un peu épaisses et à extrémité coupée avec un appareil aspirateur quelconque, ou une seringue à hydrocèle suffit: la trachéotomie favorise l'expulsion du caillot. La respiration artificielle doit se faire pendant les manœuvres. C'est une méthode utile à connaître dans les opérations faciales et pharyngées. M. Vallas constate que la pénétration du sang dans les opérations de la face constitue le principal danger.

De même, la pénétration de liquide de vomissements amène la mort pendant l'anesthésie à l'éther: dans l'asphyxie par immersion, on pourra aussi utiliser cette méthode.

M. Vincent, dans un cas analogue chez un enfant trachéotomisé pour diphtérie a essayé sans succès l'aspiration avec une seringue à hydrocèle.

M. Gouilloud dit que la méthode de M. Latarjet peut servir aussi pour prévenir la broncho-pneumonie par déglutition.

M. Gangolphe insiste sur l'asphyxie par déglutition dans la trachée, dans l'anesthésie par l'éther pour hernie étranglée et occlusion intestinale.

M. Durand constate que l'aspiration par la bouche ne ramène souvent rien.

M. Tixier a pu sauver une femme atteinte d'œdème aigu du larynx en ramenant par la canule à trachéotomie un caillot de sang par aspiration buccale.

A propos de cette longue discussion, nous pouvons rapprocher et signaler la méthode d'aspiration des mucosités par la pompe à mucus de Killran utilisée dans l'exploration et le traitement des maladies œsophagiennes et laryngo-trachéo-bronchiques, ainsi que la méthode d'aspiration par le vide récemment préconisée par M. Laurens dans les opérations du crâne, de la face et du cou. Ce dernier auteur emploie une pompe à eau et supprime ainsi presque totalement les tampons.

SARGNON (de Lyon).

A propos du traitement de la syphilis, par CAPART (*Rev. hebdom. de Laryngol.*, 18 mars 1905).

Dans cet article, l'auteur émet diverses considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la syphilis des fosses nasales, du pharynx et du larynx. Il retrace le fruit de ses travaux et de sa longue expérience. « C'est en quelque sorte, dit-il, un testament que j'abandonne aux méditations de mes confrères pour le plus grand bien de l'humanité souffrante. »

P. PILLEMENT (de Nancy).

Contribution à la chirurgie de la base du cerveau, par C. GORIS (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 2, 1905).

L'auteur rapporte un cas d'infection endo-cranienne au niveau du chiasma optique, chez un enfant de 11 ans atteint de sphénoïdite gauche. Pour arriver sous le chiasma il enleva la paroi interne du sinus sphénoïdal, qui constitue la partie inféro-externe du trou optique. Il put ainsi drainer le foyer purulent au moyen d'une mèche de gaze sortant par la narine.

Cette observation démontre, comme le fait remarquer l'auteur, qu'il y a moyen d'atteindre par le haut du pharynx une collection siégeant à la base du cerveau.

DE STELLA (de Gand).

Lampe stérilisable pour la diaphanoscopie, par E. LOMBARD (*Ann. mal. or.*, n° 7, juillet 1905).

Jusqu'à maintenant la lampe de Jansen, incluse dans un tube de verre, paraissait seule remplir les conditions requises pour être désinfectée; mais la forme cylindrique du tube gêne considérablement l'occlusion complète des lèvres dont la nécessité s'impose pour un bon éclairage.

L'appareil préconisé par Lombard se compose d'un tube de verre plat avec chemise protectrice en métal mince dans laquelle il entre à frottement. Toute diffusion des rayons lumineux se trouve ainsi évitée et la stérilisation s'obtient facilement par un des procédés habituels, telle par exemple, la coction. Enfin tout l'ensemble se monte très simplement sur un manche porte-cautère ordinaire.

FAIVRE (de Luchon).

X. — VARIA

Anomalies du sinus latéral, par COLLET (*Lyon médical*, 14 mai 1905).

Il s'agit d'un temporal présentant un sinus latéral anormal : ce sinus en forme de golfe admet facilement la pulpe du pouce ; il a creusé et absorbé à son profit une bonne partie de la base de la pyramide pétreuse.

La mastoïde est de type compact.

Dans ce cas, si l'on avait eu à faire une cure radicale, on n'aurait pas pu éviter cet énorme sinus latéral.

Dans cette pièce, le golfe de la veine jugulaire était aussi très dilaté. M. le Dr Roger constate que, malheureusement, la procidence du sinus latéral est fréquente.

SARGNON (de Lyon).

La cavité glénoïde du temporal chez les sains d'esprit, les aliénés et les criminels, par PELI (*Bollettino delle sc. mediche*, avril 1905).

Nous pouvons conclure de cet article, qui n'a avec notre spécialité qu'un rapport de voisinage, que la fossette glénoïde va en diminuant des races blanches aux races noires ; elle diminue des individus sains d'esprit aux Africains, diminue encore de ceux-ci aux suicidés, aux aliénés, aux criminels, lesquels, sous ce rapport, présentent le minimum d'évolution.

MENIER (de Figeac).

Luxation traumatique du globe oculaire dans les cavités maxillaire et nasale, par KALT (*Soc. d'ophtalmol.*, 14 mars 1905).

Un homme de 69 ans pris sous un éboulement eut la face fortement contusionnée et, le gonflement disparu, on s'aperçut que le globe oculaire droit était déplacé en bas. Le plancher orbitaire était enfoncé dans sa partie inféro-interne et le globe disparaissait presque complètement derrière le rebord orbitaire inférieur.

A. PASQUIER.

Un cas inhabituel d'abcès cérébral ; abcès bilatéral temporo-sphénoïdal ; opération : guérison, par A.-L. WHITEHEAD (*Lancet*, 13 fév. 1904).

Le titre de cet article décrit très exactement le cas dont il s'agit.
S^t CLAIR THOMSON (de Londres).

Traitement de l'adénite cervicale, par F. S. BULKELEY,
(*American Medicine*, 1904, 27 février).

Il y a des cas d'adénite cervicale où l'on peut éviter une cicatrice toujours désagréable, ou en diminuer les dimensions. Dans ces cas, il faut faire l'aspiration ou appliquer un séton. Mais, dans certains engorgements tuberculeux des ganglions cervicaux, il vaut mieux en faire l'incision, qui est toujours la méthode de choix dans les adénites profondément situées.

A. R. SALAMO

Extirpation d'une tumeur polypoïde de la base du crâne après excision préliminaire du maxillaire supérieur, par F. A. SOUTHAM (*Lancet*, 9 avril 1904, p. 989).

Ce cas est très bien décrit par le titre. La tumeur était un fibrome cellulaire.

S^t CLAIR THOMSON (de Londres).

Résection de gros troncs nerveux et vasculaires pendant l'ablation de tumeurs du cou, par S. P. FEDOROV, de Moscou (*Meditinskoe Obosrenié*, 1903, n° 4).

Au troisième Congrès des chirurgiens russes à Moscou, l'auteur communiqua quatre cas d'opérations faites au niveau du cou et ayant intéressé des nerfs et des vaisseaux importants.

L'auteur présenta d'abord un malade de 45 ans qui fut opéré d'un sarcome s'étendant depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule. Pendant l'opération, on fut obligé de réséquer la veine jugulaire, la carotide primitive, le nerf vague, de couper trois branches du plexus cervical et le nerf hypoglosse. Le lendemain de l'opération, le poulx était de 120, perte de la voix et grande difficulté pour avaler. Deux semaines après l'opération, le malade ne se plaignait que d'une certaine difficulté pour avaler, et de sa voix qui était devenue rauque.

La paralysie des autres muscles du cou ne gênait pas beaucoup le malade.

Un autre malade présenté par l'auteur fut opéré d'un sarcome situé sur la région latérale gauche du cou. La troisième et la quatrième racines du plexus cervical avaient été coupées ainsi qu'une grande portion des muscles deltoïde et trapèze. Il n'en résulte qu'une limitation dans les mouvements du bras gauche.

Michel de KERVILY.

Anastomose chirurgicale entre le tronc du nerf facial et le grand hypoglosse chez le chien. Retour de la mobilité des muscles de la face, par VILLAR (*Gaz. hebdomadaire des sciences méd.*, 18 déc. 1904).

Contrairement à ce que l'auteur avait déjà dit, il est préférable de fixer le facial à l'hypoglosse au lieu de le suturer au spinal, car l'anastomose avec le spinal prive le trapèze de l'un de ses nerfs, si elle réussit, elle provoque une synergie des muscles de la face et de

l'épaule. Le centre cortical du facial est plus rapproché de celui de l'hypoglosse que de celui du spinal, enfin le tronc de l'hypoglosse est plus volumineux que le rameau trapézien de la branche externe du spinal qu'on utilise habituellement pour l'anastomose spino-faciale.

L'auteur indique ensuite sa technique opératoire et les résultats obtenus.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Sur la valeur de quelques formes de fièvre prolongée dans l'enfance, par G. MYA (*Riv. di Clin. pediat.*, t. XI).

L'auteur, après avoir exposé quelques considérations sur les formes de fièvre prolongée de l'enfance, constate l'importance du système lymphatique dans l'étiologie de ces formes. Dans l'enfance, le système lymphatique pharyngé fixe d'une façon continue les germes infectieux, de telle sorte que les éléments lymphatiques sont modifiés et perdent peu à peu leur pouvoir phagocytaire; par la suite, les amygdales grossissent, les cryptes se déforment, deviennent tortueuses et contiennent dans leur profondeur un riche détritus d'éléments morts, et des bactéries en grand nombre vivent dans leur épaisseur: tout le système lymphatique subit le contre-coup de cet état d'irritation continue et il est sujet à des infections plus fréquentes. Mais parmi ces infections, il en est qui agissent à l'état continu, qui se prolongent, qui provoquent une fièvre de 38° et plus, laquelle persiste des semaines et même des mois. Chez certains de ces individus, qui présentent une infection continuelle de l'anneau de Waldeyer, il y a même comme une sorte d'immunité contre les substances pyogènes provenant du foyer lymphatique infectieux; d'autres aboutissent de ce fait à une oligémie parfois persistante.

T. MANCIOLI (de Rome).



NÉCROLOGIE

Le professeur Ph. SCHECH vient de mourir après une longue et cruelle maladie. Il était né à Karlstadt en 1845. Docteur de Würzburg, en 1870, il commença à étudier les maladies du larynx, sous les auspices de Bamberger, dont il fut l'assistant. Sa première publication concernant notre spécialité date de 1872; elle a pour titre : « *Recherches expérimentales sur les fonctions des nerfs et des muscles du larynx.* » Privat-docent en 1873, il fut chargé, par Ziemssen, de la section laryngologique de la polyclinique de Munich. C'est là qu'il a exercé pendant plus de trente ans. Il a fait de nombreux et considérables travaux, parmi lesquels il faut citer deux ouvrages didactiques : *Les maladies de la bouche, du pharynx et du nez* (1882) et *Les maladies du larynx et de la trachée* (1896). Il a été l'un des membres fondateurs de la Société des oto-laryngologistes de l'Allemagne du sud et l'un des directeurs du *Monatschrift für Ohrenheilkunde* : c'est un laryngologiste célèbre qui disparaît.

NOUVELLES

Le Congrès annuel de la Société italienne d'otologie, de rhinologie et de laryngologie se tiendra à Rome les 24, 25 et 26 octobre 1905, sous la présidence du professeur Grazi.

CONGRÈS LARYNGOLOGIQUES INTERNATIONAUX¹

Monsieur le Directeur²,

Tout en reconnaissant l'impartialité de vos explications du n° de juin du « Centralblatt », je me permets, en ma qualité d'oto-laryngologiste, d'y ajouter quelques remarques. Bien que WALDEYER soit « un puissant allié » dans la lutte que vous avez entreprise pour l'indépendance de la laryngologie, son exposé théorique ne fait pas faire un grand pas à la solution pratique de la question qui nous intéresse. « Les communications de laryngologie, dit-il, n'éveilleront pas un grand intérêt chez les otologistes présents et inversement les communications d'otologie ne captiveront pas les laryngologistes », et plus loin : « Je proposerais de prévoir trois sections et de laisser aux rhinologistes le choix de siéger à toutes ou de se réunir aux otologistes ou aux laryngologistes. »

Ces citations démontrent que Waldeyer pense à des médecins spécialement otologistes, spécialement laryngologistes, spécialement rhinologistes. S'il en était ainsi, la solution deviendrait facile, il ne pourrait y avoir que celle qu'il propose.

1. *Internat. Centralbl. für Laryngol., Rhinolog. u. verwandte Wissenschaften*, XXI^{me} année, n° 7.

2. Nous avons reçu cette lettre de M. le professeur Burger; nous avons cru intéressant de la soumettre aux lecteurs des *Archives*.

Mais en fait, il n'y a pas de rhinologistes purs, et le nombre relatif des otologistes purs et des médecins uniquement laryngologistes diminue tous les jours. En France, cette fusion s'est accomplie par la disparition des deux derniers groupes de spécialistes. C'est ce que m'ont appris chez vous les délégués français, et les votes dans les deux sociétés françaises le confirment suffisamment. En Hollande, depuis la mort de GUYE, il n'y a plus, que je sache, de spécialiste qui soit uniquement otologiste ou rhino-laryngologiste. Comme vous le faites remarquer, en Belgique, en Espagne et en Italie, l'exercice simultané des deux spécialités est la règle. Il semble, de plus, ressortir de la composition mixte des sociétés spéciales hongroise, danoise et de Saint-Petersbourg que habituellement, dans ces pays, l'otologie et la laryngologie sont simultanément exercées.

Quoique en Angleterre, en Allemagne et en Autriche, les sociétés de spécialistes se soient déclarées ou se déclareront en faveur de deux sections indépendantes, j'ai de bonnes raisons de croire² que dans ces pays aussi, la majorité des confrères sont à la fois laryngologistes et otologistes.

Que l'on considère comme une chose heureuse ou déplorable la fusion tous les jours plus étroite des deux spécialités (je suis sincèrement d'avis que c'est un fait heureux), il faudra dans l'organisation des futurs Congrès internationaux tenir compte de ce fait aujourd'hui indiscutable. Il est évident que les sessions simultanées des deux sections indépendantes seront considérées comme un grand inconvénient par ceux qui s'intéressent aux deux spécialités, c'est-à-dire par la majorité des confrères. Jusqu'à présent, ils ne se sont pas plaints. Par égard pour des hommes éminents qui n'exercent qu'une des deux spécialités, les confrères, dans les Congrès internationaux de médecine, ont bien voulu n'entendre qu'une partie des communications qui les intéressaient; ils se sont faits inscrire comme membres des deux sections et se sont résignés à partager entre les deux leur temps et leur intérêt. Bien souvent on a dû appeler hors d'une section les membres dont c'était le tour de présenter leur communication à l'autre. GUYE m'a avoué que ces inconvénients qu'il a éprouvés en sa qualité de président de la section d'otologie, à Paris, l'auraient converti et fait de lui un partisan de la Section mixte.

Quoique à l'avenir la fusion progressive des deux spécialités doive inévitablement amener une union même dans les Congrès internationaux, nous nous trouvons aujourd'hui à la période de transition pendant laquelle les intérêts de confrères plus âgés et des plus estimables ont droit aux égards de tous. C'est dans ce sens qu'il faut interpréter la décision de la Société hollandaise.

Nous devons nous demander maintenant de quelle façon nous pourrions en attendant, tenir compte des intérêts divergents ?

2. Si le fait lui-même venait à être mis en doute, je suis prêt à exposer ces raisons.

Je chercherai la solution du problème, Monsieur le Directeur, à peu près dans la direction que vous avez indiquée à la fin de votre travail (p. 244). Les otologistes et les laryngologistes siégeront dans deux pièces voisines; on y discutera les questions purement otologiques et purement laryngologiques. Les questions d'intérêt commun seront, au contraire, discutées dans une séance générale. Pour exécuter cette idée d'une manière pratique et féconde, je crois indispensable de demander dans les Congrès de médecine internationaux, une section oto-laryngologique mixte disposant de deux pièces voisines. Le président de la section veillera à la répartition, sur les trois séances différentes, des communications annoncées. Tandis que dans la matinée une partie des membres, les otologistes purs, étudieront le mode de vibration du pied du diapason et la psychologie des souris dansantes, l'autre partie, les laryngologistes purs, approfondiront l'histologie de l'épithélium des cordes vocales et les mystères de la loi de SEMON. Dans la séance mixte de l'après-dîner, on discutera les suppurations des sinus, l'obstruction nasale, les maladies de l'anneau lymphatique, et en même temps les sujets laryngologiques et otologiques plus pratiques : opérations sur le larynx, catarrhes des voies aériennes, inflammation de l'oreille moyenne.

Une section mixte, dont le bureau comprendra des représentants autorisés des deux spécialités, sera seule en mesure de répondre à tous les désirs et à toutes les exigences qui seront manifestés.

C'est cette proposition, Monsieur le Directeur, que je veux faire connaître aux confrères par l'organe de votre Revue.

Recevez l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Votre dévoué, H. BURGER,

Amsterdam, 12 juin 1905.

(Traduction par MENIER de Figeac).

Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes.

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

L'Auto-injecteur et les ampoules Paillard et Ducatte suppriment la seringue, assurent l'asepsie et un dosage rigoureux. *Prix spéciaux aux médecins.* — 17, place de la Madeleine, Paris.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Les *Capsules Dartois* contiennent chacune 5 centigr. de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigr. d'huile de foie de morue. — Dose moyenne : 2 ou 3 à chaque repas contre bronchites, catarrhes, tuberculose, laryngites tuberculeuses. — Toutes pharmacies.

Salicol Dusaule, solution concentrée d'acides salicylique, borique et acétique, aromatisée aux essences de thym et de wintergreen. — Tous usages antiseptiques, gargarismes, pulvérisations, etc.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000°.

Granules de Catillon, ext. titré de strophantus ou strophantine cristallisée.

Glycérine créosotée Catillon, tonique, anticatarrhale remplace huile de foie de morue.

Iodo-thyroidine Catillon, bien tolérée, très active : goître, obésité, etc.

Cérébrine, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les névralgies faciales, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par-dessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8°).

Le Sulfureux Pouillet, seul approuvé par l'Académie de Médecine, est une préparation économique et instantanée des eaux sulfureuses incolores et de composition constante, s'emploie en boisson et en bains. — Dépôt, pharmacie POMPANON, 86, rue du Bac, et toutes pharmacies.

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Pairs.

Les *Cigarettes Lafont*, au Globulométhol, sont souveraines dans les affections du nez, du pharynx, du larynx, des bronches, et assurent la dénicotinisation.

Phenosalyl Tercinet, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I

TRAITEMENT LOCAL SOUS LE CONTRÔLE DE LA VUE
DES
RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE ET DES
BRONCHES

Par **PIENIAZEK**, professeur à l'Université de Cracovie.

Sauf les rétrécissements produits par des maladies qu'on peut guérir par une médication spéciale, comme surtout la syphilis et le goitre, nous en sommes réduits, dans les cas de rétrécissements des voies respiratoires, à un traitement local, mécanique, même opératoire. Mais le traitement des rétrécissements des voies aériennes plus profondes est plus difficile, moins fixe et régulier que celui des rétrécissements du larynx. C'est pourquoi je veux dire ici ce que j'ai eu l'occasion d'observer et de faire dans les sténoses de la trachée et des bronches, depuis vingt-sept années que je pratique à Cracovie où il m'a été donné de rencontrer beaucoup de cas de sténoses diverses des voies respiratoires. Je suis d'autant plus sollicité à cette communication, que, depuis 1884, j'emploie chez mes malades qui ont subi une

trachéotomie, une méthode d'exploration, qui me permet de voir la partie rétrécie et d'exécuter toutes les manipulations nécessaires dans la trachée, et en partie aussi dans les bronches, sous le contrôle de la vue. J'ai déjà publié en allemand un ouvrage sur les sténoses des voies aériennes et le traitement que j'y avais appliqué (*Die Verengerungen der Luftwege*. Wien, 1901); mais depuis cette publication, j'ai eu l'occasion de recueillir de nouvelles observations de rétrécissements des voies respiratoires profondes, que je dois surtout aux nouvelles méthodes d'exploration, comme la trachéoscopie supérieure et la bronchoscopie de Killian. Les cas les plus intéressants de diverses sténoses de la trachée et des bronches, qui ont été traités dans ma clinique de 1894 à la fin de 1904, ont été décrits par mon assistant, M. le Dr Nowotny en 1905 (*Archiv für Laryngologie*, Bd. XVII); je les ai traités en collaboration avec mes assistants, M. le Dr Baurowicz de 1894 à 1900, M. le Dr Nowotny de 1900 jusqu'à ce jour. Je me propose donc de présenter ici en général les méthodes d'exploration et de traitement des sténoses de la trachée et des bronches, employées chez moi, et leur développement à partir du commencement de mes travaux jusqu'en ces derniers temps.

Depuis 1879 que j'habite à Cracovie, j'ai traité des cas de diphtérie, surtout du larynx (croup), où la trachéotomie s'est montrée nécessaire. Dans la plupart de ces cas, la diphtérie, après la trachéotomie, s'étendait sur la trachée et les bronches, et la respiration devenait de nouveau difficile à cause de pseudo-membranes, ou d'une sécrétion visqueuse ressemblant à de la colle forte, qui bouchaient les voies aériennes et produisaient des accès de suffocation auxquels les enfants succombaient. Contre ces attaques, j'employais des inhalations avec respiration artificielle intensive, et aspiration avec des cathéters anglais dont j'avais coupé le bout pour pouvoir détacher les pseudo-membranes et la sécrétion visqueuse des parois de la trachée. Néanmoins le succès suivit rarement ces tentatives; je réussissais tant que les bronches étaient encore libres; mais à l'ordinaire, après que la trachée avait été délivrée du rétrécissement, les enfants succombaient à la bronchite croupale qui s'était développée dans l'espace de deux ou trois jours après la trachéotomie.

En 1882, je commençai à employer la pincette laryngienne de Türk-Schrötter, que je redressais pour pouvoir l'introduire dans la trachée et les bronches; je saisisais avec les branches de cet instrument les pseudo-membranes et je les éloignais des voies aériennes. Cette manipulation se montra plus effective que l'aspiration par les cathéters, et je lui dois la guérison d'un enfant de

sept ans, dont les attaques de suffocation se renouvelèrent pendant deux semaines plusieurs fois par jour, et l'enfant à deux reprises fut même étouffé à tel point que c'est seulement à l'aide de la respiration artificielle qu'il fut ramené à la vie. Mais sans le contrôle de la vue, mes efforts étaient souvent infructueux, surtout chez les petits enfants.

En 1884, je fis à un enfant de deux ans une trachéotomie nécessitée par le rétrécissement diphtérique du larynx ; l'affection disparut et j'espérais pouvoir bientôt délivrer l'enfant de sa canule. Cependant, un débordement de la Vistule ayant alors interrompu toute communication, je ne pus voir l'enfant pendant trois semaines. Après ce temps, je trouvai que la respiration était devenue difficile parce qu'il y avait un obstacle sous la canule. Il fallait voir cet obstacle. Dans ce but, je me servis d'un otoscope que j'introduisis dans la trachée par la fistule trachéotomique. Après avoir redressé le dos, incliné la tête de l'enfant en arrière et éclairé la trachée à l'aide du réflecteur fixé à la tête, je parvins à voir par cet otoscope un granulome situé à la paroi postérieure de la trachée, à l'endroit correspondant au bout inférieur de la canule. Alors, sous le contrôle de la vue, par le même otoscope, je le saisis avec une pincette laryngienne pointue, et l'écartai ; puis je brûlai sa base au galvano-cautère. Pour éviter une sténose secondaire qui aurait pu être produite par la tuméfaction inflammatoire de la muqueuse, ainsi que l'irritation de la partie blessée, par le bout inférieur de la canule, j'introduisis dans la trachée un morceau de cathéter anglais assez large et plus long que la canule, morceau que je liai avec une bandelette. Après quelques jours, il n'y eut plus trace ni de granulome, ni de gonflement.

Depuis ce temps, j'enlève toujours avec une pincette laryngienne effilée les granulomes qui se forment sous le bout de la canule ; puis j'introduis pour quelques jours dans la trachée un morceau de cathéter anglais, pour faire disparaître leurs restes sous sa pression. Je n'emploie plus le galvano-cautère, parce qu'il n'est point nécessaire. (Il faut distinguer ces granulomes, de ceux qui croissent autour de la fistule trachéotomique même). J'emploie aussi des morceaux de cathéters anglais, si je trouve que la trachée est rétrécie sous la canule à cause d'un gonflement de la muqueuse. Je les laisse pour quelques jours, en les changeant aussitôt qu'ils sont enduits de sécrétion épaisse qui gêne la respiration ; ce n'est pourtant nécessaire qu'une fois par jour, et souvent même une fois tous les deux ou trois jours, surtout si les enfants font des inhalations assez souvent.

C'est donc par le cas susdécrit, que j'ai été amené à l'invention d'une trachéoscopie directe par la fistule trachéotomique, ainsi qu'à la méthode d'un traitement local des rétrécissements de la trachée, qui se sont formés sous le bout de la canule trachéale. Quelques mois plus tard j'eus l'occasion d'examiner la trachée et d'y exécuter sous le contrôle de la vue, ainsi que dans les bronches, des manipulations nécessaires pendant l'affection diphtéritique même. C'était un enfant de trois ans et demi, qui, après la trachéotomie, avait des attaques de suffocation très fortes, plusieurs fois par jour. L'otoscope étant trop court pour être introduit dans la trachée à cause d'un gonflement considérable du tissu sous-cutané du cou autour de l'incision trachéotomique, j'employai le plus large tuyau de Zaufal (qui sert à examiner l'entrée de la trompe d'Eustache par le nez), dont j'avais coupé le bout pour le raccourcir. Par ce tuyau je pus voir l'endroit du rétrécissement dans la trachée et saisir les pseudo-membranes qui en étaient la cause, sous le contrôle de la vue, pour les extirper. Les attaques revenaient trois, quatre, même cinq fois par jour, et j'eus l'occasion de constater que le rétrécissement se formait successivement plus bas : d'abord je trouvais des pseudo-membranes dans la trachée, puis sur le coin de sa bifurcation, ou à l'entrée des bronches; enfin je trouvais la trachée et l'entrée des bronches libres, mais la muqueuse était rouge et, surtout au coin de la bifurcation, gonflée; pourtant l'enfant ne pouvait pas respirer, parce qu'il y avait des pseudo-membranes plus bas, dans les bronches ou dans leurs ramifications. J'introduisais la pincette laryngienne redressée sous le contrôle de la vue dans la trachée, dans les bronches et même dans leurs parties les plus profondes que je ne pouvais plus voir, je saisisais les pseudo-membranes et je les extirpais. Après cinq jours d'une lutte pareille contre la suffocation, je réussis enfin à sauver l'enfant.

Depuis ce temps, j'ai eu plusieurs cas de diphtérie, où les attaques de suffocation revenaient, après la trachéotomie, plusieurs fois par jour, et où j'ai employé le traitement susdécrit. Je me fis faire de petites et longues cuillers (à l'instar de celles usitées pour les oreilles), que je pouvais introduire des deux côtés dans les branches bronchiales inférieures et du côté droit aussi dans la branche moyenne. Avec ces cuillers, je pouvais extraire les pseudo-membranes pour rendre la respiration possible, au moins pour les parties inférieures des poumons. Outre ce traitement, j'employais aussi les inhalations, l'aspiration et la respiration artificielle, quand elles étaient nécessaires, pour

diminuer la viscosité de la sécrétion et aider à son détachement des parois. A ce traitement je dois la vie de plusieurs enfants qui étaient presque condamnés, ou même à moitié morts déjà; cependant je n'ai pas toujours eu le même succès. Je pouvais lutter contre la suffocation tant qu'elle n'était pas produite par les pseudo-membranes dans les branches bronchiales tertiaires inaccessibles à mes instruments; d'ailleurs je ne pouvais rien faire contre une intoxication diphtérique. Naturellement je n'ai employé le traitement susdécrit que dans les cas où il était absolument nécessaire à cause d'un danger immédiat de suffocation; dans d'autres cas, je laissais la canule de 5 à 7 jours sans l'ôter, et je faisais faire des inhalations; en outre, si c'était nécessaire, je faisais l'aspiration à l'aide d'un drain flexible que j'introduisais par la canule externe dans la trachée. C'est le traitement que j'ai appliqué à peu près chez un tiers de mes malades; chez les autres, l'extraction des pseudo-membranes fut nécessaire, et j'ai réussi à sauver presque la moitié de ces derniers. J'ai publié l'exposé détaillé de ce traitement en 1888 (*Archiv fur Kinderheilkunde, Bd. X*).

Ensuite je commençai à appliquer l'intubation de O' Dwyer, au lieu de la trachéotomie, contre le rétrécissement diphtéritique du larynx. Je constatai que l'on n'a pas pu sauver plus d'un tiers ou d'un quart des malades à l'aide de cette méthode; dans les deux tiers ou trois quarts des cas, les enfants succombaient consécutivement à la trachéite et à la bronchite croupale, contre lesquelles la trachéotomie et le traitement mécanique susdécrit étaient absolument nécessaires. Mais depuis le temps où nous avons commencé à faire usage du sérum antidiphthérique de Behring et Roux, je trouve une grande différence dans les cas de diphtérie; nous avons un moyen qui est capable d'enrayer les progrès de la maladie. Maintenant l'intubation est presque toujours suffisante, et la trachéotomie n'est plus nécessaire, si le sérum a été appliqué à temps; et même dans les cas où la trachéotomie ne peut pas être évitée, le sérum prévient le retour des attaques de suffocation. Ainsi, maintenant que ce sérum est chez nous généralement employé, je n'ai eu l'occasion d'appliquer le traitement susdécrit, que dans un cas de diphtéroïde scarlatineuse qui s'étendait sur la trachée et les bronches, et dans un cas de bronchite croupale ascendante, au commencement d'une rougeole maligne; les deux fois les enfants ont succombé, quoique les voies aériennes eussent été délivrées des pseudo-membranes.

Ainsi le traitement susdécrit n'a presque aujourd'hui qu'une valeur historique, mais toutefois j'y ai acquis, dans mes cas de

diphthérie, une méthode d'exploration de la trachée et de manipulations dans les voies profondes aériennes sous le contrôle de la vue, méthode qui me sert aussi dans les autres cas qui exigent cette exploration et ces manipulations. J'ai fait faire des tuyaux de diverses longueurs et largeurs, pour pouvoir les employer aussi bien chez les enfants que chez les adultes, à bout supérieur élargi en forme d'un petit entonnoir. Par ces trachéoscopes, je peux voir facilement la trachée avec sa bifurcation ; en les inclinant à droite ou à gauche, je peux voir le commencement de la bronche gauche ou la bronche droite entière. Souvent, j'ai vu aussi la bifurcation de la bronche droite et une fois même la bifurcation de sa branche inférieure. J'ai décrit en détail, en 1889, (*Wien. Medic. Blatter*) cette méthode de trachéoscopie, qu'on nomme aujourd'hui trachéoscopie inférieure. Les instruments que j'emploie pour les manipulations dans la trachée et les bronches sont, outre les curettes effilées, les instruments pour le larynx, que j'ai redressés pour les pouvoir introduire plus profondément. J'ai décrit en 1896 (*Archiv. für Larngologie* Bd. IV) mon traitement des divers rétrécissements de la trachée et des bronches ; ici je présente son développement, surtout après cette date.

Je veux encore mentionner un état que j'ai trouvé parfois dans la trachée chez de petits enfants ayant, après la trachéotomie, porté la canule longtemps ; il est important et, en général, n'est pas connu. J'y ai donc observé, à l'aide de la trachéoscopie inférieure, que la paroi postérieure de la trachée était, près de son extrémité supérieure, relâchée de manière qu'elle saillait dans la trachée, pendant une expiration forcée, au point qu'elle touchait la paroi antérieure ; pendant l'inspiration elle était projetée en arrière, laissant la trachée tout à fait libre. C'était la convexité de la canule, qui avait distendu la partie membraneuse de la trachée tellement qu'elle n'avait plus sa résistance normale. Mais parfois j'ai trouvé aussi, que les bouts de cartilages trachéaux étaient devenus tout à fait mous, de façon que la circonférence de la trachée n'était plus dans son quart, mais dans sa moitié postérieure, molle et peu résistante. Cet état est impossible à constater si on met le trachéoscope jusque dans la partie relâchée ; il faut le tenir plus haut, ou employer un otoscope qui est plus court. Dans ces cas, la respiration est tout à fait légère pendant que la canule reste dans la trachée, de sorte qu'on peut croire que le décanulement sera tout à fait facile. Cependant, après le décanulement et après que la fistule trachéale s'est rétrécie, la respiration devient bientôt difficile. Cela

survient surtout après le sommeil, quand les enfants tentent d'expectorer les sécrétions des voies respiratoires, parfois quand ils crient ou pleurent, ou pendant une toux plus forte. Les inspirations profondes qui suivent ont cet effet que la paroi postérieure relâchée vient à être aspirée contre la paroi antérieure de la trachée, de manière qu'elle ferme complètement la route à l'air inspiré. Cela a surtout lieu lorsque, après le décanulement, la fistule rétrécie s'approche du bord inférieur du chaton du cartilage cricoïde, dont elle était éloignée par la canule. Puisque l'attaque de suffocation vient assez promptement chez les enfants qui ont respiré tout à fait bien plusieurs heures après le décanulement, on croit souvent à un spasme de la glotte, qui n'a cependant point lieu. Et pourtant, on peut trouver la cause réelle de cette attaque en ouvrant la fistule avec un mince dilatateur et en regardant de haut dans la trachée ; du reste, on peut la prévoir, cette attaque, si on examine bien la trachée avant le décanulement. Dans ces cas, il faut laisser les enfants avec la canule jusqu'à ce que, avec l'âge, leur trachée devienne plus résistante. Mais, si c'est seulement la paroi membraneuse de la trachée, qui est trop distendue par la canule, sans que les bouts des cartilages trachéaux soient devenus mous, j'emploie pour deux ou trois semaines des fragments de cathéters anglais, qui s'accommodent mieux à la trachée qu'une canule et font disparaître l'ectasie de sa paroi postérieure. Par ce procédé, j'ai réussi plusieurs fois, pourvu que le relâchement de la trachée ne fût pas trop avancé.

La trachéoscopie inférieure m'a servi comme guide aussi dans des cas de corps étrangers tombés dans les voies respiratoires profondes. Ces cas sont décrits par moi en 1903 et par le docteur Nowotny en 1904 (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, etc.); je ne ferai que mentionner ici ceux où j'ai fait l'extraction moi-même. J'ai extrait chez des malades qui, longtemps auparavant, avaient subi la trachéotomie, sous le contrôle de la vue, les corps étrangers suivants : 1° une canule trachéale métallique ; 2° un morceau de plume de volaille ; ces deux objets dans la partie inférieure de la trachée ; 3° une canule trachéale de caoutchouc, qui était entrée dans la bronche droite, mais dont le bout supérieur restait dans la trachée ; 4° une baguette longue de 13 cent. qui se trouvait dans la bronche droite, tandis que son bout supérieur restait dans la trachée ; 5° une épingle double ; 6° un morceau de bouchon ; ces deux objets à demeure dans la bronche droite ; 7° une canule trachéale métallique parvenue tout entière dans la bronche gauche. Sans pouvoir la voir, j'ai extrait : 8° une petite canule trachéale de caoutchouc (pour les enfants)

qui, chez un homme d'une grande stature, était descendue jusque dans la branche inférieure de la bronche droite.

Après avoir fait la trachéotomie exprès pour le corps étranger, j'ai extrait, sous le contrôle de la vue : 9° un haricot dont une partie était entrée dans la bronche droite, tandis que l'autre restait dans la trachée; 10° un haricot qui était entré tout entier dans la bronche droite; 11° un épi qui avait été inspiré six semaines auparavant par un enfant de huit mois. L'enfant présentait déjà l'hépatisation de tout le poumon droit; il est mort six jours après l'extraction, par suite d'une pneumonie récente gauche qui provenait certainement de l'aspiration de la sécrétion purulente produite par les bronches dilatées de la partie inférieure du poumon droit. Sans voir le corps étranger, j'ai extrait de la branche inférieure de la bronche droite, après la trachéotomie faite exprès : 12° une capsule de fusil transpercée par une épingle et bouchée avec du papier, le tout formant une sorte de flèche longue de 4 cent., qui avait été aspirée quatre jours auparavant; 13° une dent qui y était tombée après l'extraction, une semaine auparavant.

Dans ces dernières années, j'ai commencé à employer la trachéoscopie supérieure, selon Killian, pour l'extraction des corps étrangers des voies aériennes profondes. A l'aide de cette méthode, j'ai réussi à extraire sans trachéotomie : 14° un morceau d'une curette laryngienne de 5 cent. de longueur, qui s'était brisée pendant une opération et était tombée dans la bronche droite, et que j'ai saisi et extrait, sans le voir, par le tuyau trachéoscopique, après l'exploration faite à l'aide des rayons de Röntgen; 15° une petite pierre qui était tombée, chez un enfant de trois ans, dans la bronche droite, et que j'ai pu voir et saisir sous le contrôle de la vue à l'aide de la trachéoscopie supérieure pendant la narcose.

Outre ces quinze cas, parmi lesquels je n'ai eu qu'un décès, celui de l'enfant de huit mois avec l'épi dans la bronche droite, j'ai traité : 16° un enfant de treize mois qui avait inspiré dans sa bronche droite un haricot deux jours avant, et dont le poumon droit était déjà tout à fait atélectasique. Je regrette de n'avoir pas fait la trachéotomie, mais j'espérais que l'extraction réussirait par la voie naturelle et je voulais éviter la trachéotomie chez un enfant si petit. A l'aide de la trachéoscopie supérieure en narcose, j'ai saisi le haricot sous le contrôle de la vue et je l'ai extrait en même temps que le trachéoscope qui était trop étroit pour le laisser passer; mais je n'ai retiré que la moitié du haricot. L'autre moitié s'est logée dans la bronche gauche et l'a

bouchée, de sorte que la respiration, qui pouvait avoir lieu seulement dans le poumon gauche, cessa à l'instant complètement. Après un nouvel essai pour saisir le corps étranger dans la bronche gauche, à l'aide de la trachéoscopie supérieure, qui n'a pas réussi, j'ai fait tout de suite la trachéotomie ; mais je n'ai pu non plus, à l'aide de la trachéoscopie inférieure, saisir le haricot, parce que la bronche gauche du petit enfant était trop étroite pour laisser passer les branches de la pincette entre ses parois et le corps étranger qui la bouchait. Les tentatives que je continuai, même après que l'enfant fut mort, n'eurent aucun résultat, quoique je pusse voir le haricot avec le bronchoscope introduit dans la bronche gauche. A la nécropsie, on a trouvé la moitié du haricot au bout de la bronche gauche, partiellement engagée dans sa branche supérieure ; c'était certainement par suite des efforts que j'avais fait pour le saisir et qui n'ont contribué qu'à le pousser plus loin.

A propos de ce cas, je veux faire quelques remarques concernant l'extraction des corps étrangers des voies respiratoires profondes, à l'aide de la trachéoscopie ou bronchoscopie supérieure et après la trachéotomie. A mon avis, dans tous les cas, les corps étrangers dans la trachée, qui produisent une sténose bien remarquable, ou qui, par changement de position, pourraient boucher la trachée complètement, doivent être extraits après la trachéotomie, c'est-à-dire par la voie artificielle, mais qui est plus courte et qui permet de les saisir plus facilement, plus sûrement et plus vite qu'ils ne pourraient l'être par la longue voie naturelle. La trachéotomie est aussi nécessaire dans tous les cas où un des poumons est incapable de respirer et où le corps étranger pourrait boucher la bronche du côté libre, si, pendant l'extraction, il y glisse des branches de la pincette qui l'a saisi. Les corps aigus qui peuvent produire, pendant l'extraction, une blessure plus profonde, doivent aussi être extraits après la trachéotomie. S'il s'agit d'extraction d'un corps étranger qui ne peut pas produire une blessure grave, ni faire cesser la respiration de la manière susdécrite, on peut le saisir et l'extraire, même sans qu'on le voie, à l'aide de la trachéoscopie supérieure ; on peut introduire la pincette dans les bronches, ainsi que dans leurs branches, et saisir le corps étranger à tâtons. Pourtant, il est plus rationnel d'employer un bronchoscope, si on peut l'introduire sans difficulté, pour voir le corps étranger et pouvoir le saisir plus sûrement sous le contrôle de la vue. Après que la trachéotomie est déjà faite, on peut voir le corps étranger dans la bronche droite et au commencement de la bronche gauche, à

l'aide de la trachéoscopie inférieure, de telle sorte que la bronchoscopie inférieure pourrait être nécessaire seulement dans les cas où le corps étranger se trouverait plus profondément dans la bronche gauche ou dans une des branches bronchiales. Pourtant, je crois qu'une extraction, faite à l'aide de la trachéoscopie, soit supérieure, soit inférieure, sans qu'on voie le corps étranger, sera, au côté gauche, souvent plus facile que la bronchoscopie même (supérieure, respectivement inférieure). Toutefois, la bronchoscopie est nécessaire, s'il s'agit d'un corps étranger qui pourrait produire une blessure pendant l'extraction; en voyant bien un corps aigu, on peut le saisir plus aisément de manière qu'il ne blesse pas les parois. Les corps non tranchants qui grattent seulement les parois des bronches, sans produire une blessure profonde, peuvent être extraits à l'aide de la bronchoscopie supérieure, de même les corps pointus qu'on peut bien saisir par leur bout; mais s'il s'agit d'un corps acéré qui pourrait trancher la paroi de la bronche complètement, il est pourtant préférable de faire la trachéotomie et de tenter l'extraction à l'aide de la bronchoscopie inférieure.

C'est dans des cas de sclérome de la trachée et des bronches, que j'ai eu le plus souvent l'occasion de faire usage d'un traitement mécanique analogue à celui de la trachéite et de la bronchite croupale. Dans la plupart de ces cas, la trachéotomie avait été déjà faite à cause du rétrécissement du larynx, qui précède à l'ordinaire chez les scléreux celui de la trachée; dans d'autres cas, le rétrécissement de la trachée avait atteint un tel degré que la trachéotomie était nécessaire malgré que le larynx ne fût pas atteint; parfois, après avoir fait la trachéotomie à cause du rétrécissement du larynx, j'ai trouvé que la trachée était aussi rétrécie. Il y en a vingt-deux cas qui ont été traités dans ma clinique, pour le sclérome, à l'aide de la trachéoscopie inférieure, après la trachéotomie. Outre ces cas, j'en avais aussi traité quelques-uns par la même méthode avant que ma clinique fût ouverte (en 1894). Dans le traitement de tous ces cas j'employais de longues curettes aiguës ainsi que des pincettes laryngiennes aiguës, redressées, pour enlever les infiltrations scléreuses. Pour la dilatation de la trachée, j'employais d'abord des morceaux de cathéters œsophagiens, qui me servaient de canules. Puis je fis faire (chez Reiner à Vienne et Pfau à Berlin) des canules semblables aux cathéters, que je nomme « canules élastiques ». Il en a de trois longueurs et de trois largeurs différentes. Enfin je fis pratiquer dans ces canules une ouverture à la paroi supérieure, de sorte qu'on peut boucher la

canule et parler ou respirer par la voie naturelle, si le larynx n'est pas rétréci.

Dans plusieurs des cas traités, la trachée était rétrécie par d'abondants granulomes scléromatiques mous qui s'étendaient surtout sur la paroi postérieure. Je les extirpais en raclant les parois de la trachée avec le bord du trachéoscope même, ou bien je les retirais à l'aide de la pincette effilée ; puis j'introduisais une large canule élastique, et, après quelques jours, je trouvais à l'ordinaire que leurs restes avaient disparu. Dans d'autres cas, c'étaient les cicatrices membraneuses, ou une infiltration proéminente ou circulaire, qui avaient produit le rétrécissement de la trachée ; alors j'employais une curette aiguë pour rompre et déchirer les diaphragmes membraneux, ou pour évider les infiltrations ; puis j'enlevais avec une pincette effilée les parties déchirées des infiltrations, qui restaient mobiles aux parois de la trachée. Après avoir rendu le passage libre, j'introduisais des trachéoscopes successivement plus larges et puis une canule élastique aussi large que possible et de longueur convenable. Dans les cas où le rétrécissement n'avait pas occupé une partie trop grande de la trachée et où l'infiltration n'était pas trop résistante, il suffisait de laisser quelques jours la canule élastique ; mais lorsque l'infiltration était plus étendue, et surtout plus dure et résistante, il fallait que la canule restât plus longtemps, parfois même quelques semaines. Si le larynx n'était pas rétréci, la canule pouvait être bouchée et elle pouvait rester plus longtemps, sans qu'on la changeât ; mais s'il fallait la laisser ouverte, il s'y fixait bientôt beaucoup de sécrétion épaisse, parfois tout à fait sèche, qui gênait la respiration de sorte que le changement de la canule devenait indispensable tous les deux ou trois jours, parfois chaque jour, au commencement même deux fois par jour ; mais ce n'était pourtant pas si fréquemment nécessaire, si les malades faisaient assez souvent usage d'inhalations, surtout d'une solution de bicarbonate de soude.

Ce traitement avait des effets relativement bons si l'extrémité inférieure de la trachée était restée libre. Naturellement je ne pouvais pas guérir le sclérome, mais je pouvais faire disparaître le rétrécissement de la trachée, qui rendait déjà la respiration à peine possible. Après une ou plusieurs années, le rétrécissement revenait à l'ordinaire ; parfois il ne s'étendait pas sur une partie plus grande qu'auparavant, parfois il atteignait déjà plus bas dans la trachée, ou même dans les bronches. J'ai eu aussi des malades qui, depuis plusieurs années, n'ont pas eu de récurrence du rétrécissement de la trachée, après mon traitement ; j'en note

deux cas où il n'y avait qu'un rétrécissement membraneux, à forme de diaphragme localisé seulement dans la trachée, que j'ai mentionnés au Congrès international à Paris, 1900. Les autres malades revenaient, ou reviennent encore, de temps en temps, depuis plusieurs années, avec un rétrécissement qu'il faut enlever de nouveau. Avec le temps, le sclérome s'étend pourtant sur l'extrémité inférieure de la trachée, sur le coin de sa bifurcation et dans les bronches. J'ai eu un cas où le sclérome avait fait des progrès si rapides que, deux années après la trachéotomie faite à cause de rétrécissement du larynx, toute la trachée et les deux bronches furent complètement envahis et rétrécis. Ce cas a été décrit par M. le Dr Baurowicz en 1896 (*Arch. f. Laryngologie*, Bd. IV).

Le traitement des cas où la trachée et les bronches sont rétrécies, est plus difficile et moins effectif ; néanmoins il faut faire ce qu'on peut, pour éviter l'étouffement du malade. Pendant le traitement d'une infiltration si étendue, la trachée et les bronches saignent très fortement, et le malade peut s'étouffer par son propre sang qu'il n'expectore pas, à cause du rétrécissement malaisé à faire disparaître promptement, parce que, outre la trachée, ce sont les deux bronches qui sont plus ou moins rétrécies. C'est ce qui arriva pour le cas décrit par M. le Dr Baurowicz (loc. cit.) ; et cependant cette malade avait subi plus de quarante curettages précédemment. Pour éviter ce danger, je fais le curettage des infiltrations très étendues, les malades restant couchés. Après le curettage, j'introduis dans la trachée une canule élastique ; mais souvent ce n'est pas la plus large, parce que, à cause de l'hémorragie, je ne peux extraire qu'une partie de l'infiltration trachéale. On introduit le lendemain une canule plus large et, si c'est nécessaire, après quelques jours, on fait le curettage de nouveau. De même il est souvent nécessaire de dilater les bronches après le curettage. Autrefois j'employais dans ce but des cathéters anglais, ou même des cathéters œsophagiens ; maintenant je dilate les bronches en y introduisant des bronchoscopes avec mandrins à bout émoussé. Dans les cas des infiltrations très étendues, l'effet de ces opérations n'est pas toujours satisfaisant et il ne dure pas longtemps. Les infiltrations ne peuvent pas être éloignées complètement, il faut laisser atrophier leurs restes sous la pression de la canule élastique ; mais cette canule n'empêche pas l'infiltration de s'étendre dans l'extrémité inférieure de la trachée, sous le bout de la canule qu'on ne peut pas pousser jusqu'au coin de la bifurcation. De même la canule n'a aucun effet contre l'infiltration de ce coin,

non plus que contre celle des bronches. Pour ces motifs, nous ne pouvons, dans des cas d'infiltration scléromateuse si étendue dans la trachée et les bronches, que lutter contre l'étouffement tant qu'il est imminent ; et le danger se représente de nouveau un mois, parfois deux semaines ou même une semaine après chaque opération.

Après deux ou trois ans d'une semblable lutte contre la suffocation, trois de mes malades ont succombé à la tuberculose pulmonaire, qui avait pu être facilement contractée par l'aspiration si répétée du sang. Dans deux cas il n'y eut plus d'attaques de suffocation et la respiration resta légère assez longtemps avant la mort. A la nécropsie on trouva l'infiltration moins abondante, mais des cicatrices étendues sur les parois de la trachée et des bronches, qui ne faisaient pas un rétrécissement considérable. Il y avait donc eu une guérison locale, au moins partielle, qu'on n'a pu constater dans le troisième cas. Dans ces trois cas et dans celui qu'a signalé M. le Dr Baurowicz, la maladie avait fait des progrès rapides ; mais j'ai eu dans ma clinique dix-huit autres cas de sclérome de la trachée, traités à l'aide de la trachéoscopie inférieure, à forme beaucoup moins maligne.

Dans tous les cas que j'ai traités après la trachéotomie, je faisais les opérations nécessaires, aussi bien dans la trachée que dans les bronches, à l'aide de la trachéoscopie inférieure. Je n'employais de bronchoscope que pour la dilatation des bronches, parce qu'il aurait rendu le curettage plus difficile et n'aurait pu cependant aider à la vue à cause du rétrécissement même des bronches et du sang qui, pendant le curettage, coule en abondance. Naturellement je fais usage de la bronchoscopie inférieure pour l'exploration des bronches ; si j'introduis un bronchoscope dans le but de dilater, je retire le mandrin et puis je peux observer les parois de la bronche en retirant lentement le tuyau bronchoscopique même.

Dans les rétrécissements scléromateux de la trachée, qui n'ont pas encore atteint le degré où le péril de l'étouffement exige la trachéotomie, j'appliquais depuis longtemps une dilatation systématique, comme je l'avais appris jadis à la clinique de Schrötter. Dans les rétrécissements situés près de l'extrémité supérieure de la trachée j'employais, comme pour les sténoses analogues du larynx, des tuyaux dilateurs de Schrötter ; dans les rétrécissements plus profonds, j'introduisais dans la trachée des cathéters anglais, ou des morceaux coupés de cathéters œsophagiens, qui contenaient un gros fil d'archal courbé comme un S, que je retirais après être venu dans la trachée, poussant en même temps le cathéter plus profondément.

De cette manière j'ai traité, soit dans ma clinique, soit dans ma clientèle privée, plusieurs malades avec un bon et prompt succès, excepté un cas que je veux mentionner ici¹. Dans ce cas je voulais faire la trachéotomie, mais le malade n'y ayant pas consenti, je commençai la dilatation avec les tuyaux de Schrötter. Le troisième jour, après la dilatation le malade a eu une hémorragie et celle-ci ayant diminué, il a subi un accès de suffocation; le Dr Nowotny, ayant été appelé trop tard auprès du malade, n'a pu rien faire, et quoiqu'il ait exécuté la trachéotomie à l'instant, le malade a succombé à l'étouffement. A la nécropsie on a trouvé que la muqueuse de la trachée et du commencement des bronches adhérait très faiblement aux parois, de sorte qu'elle se laissait détacher très facilement. A la partie inférieure de la trachée elle était déjà détachée de la paroi antérieure, nécrotique et roulée en bas de manière qu'elle avait bouché la trachée tout au-dessus de l'entrée des bronches.

Depuis quelques années, j'ai commencé à me servir de la trachéoscopie supérieure pour le traitement des rétrécissements scléromateux de la trachée de degré inférieur. Dans ce but j'ai fait construire des instruments d'une longueur suffisante. Maintenant je racle avec le bord du trachéoscope les granulomes scléromateux étendus sur les parois de la trachée, et puis je les enlève avec une pincette effilée, s'ils n'ont été expectorés par la toux; avec la même pincette, j'extirpe les granulomes polypeux. Je romps les infiltrations circulaires qui sont trop résistantes pour laisser passer le trachéoscope, avec une curette effilée, et j'enlève leurs parties déchirées avec une pincette pointue, pour introduire ensuite le trachéoscope plus profondément. Même dans les cas où l'infiltration est un peu plus étendue dans la trachée, on peut l'éloigner par le curettage et puis dilater la partie rétrécie avec le trachéoscope.

C'est ainsi que nous traitons ces cas sans trachéotomie, avec le concours de M. le Dr Nowotny qui en a décrit (*loc. cit.*) huit de ma clinique. Dans la plupart il a été nécessaire de répéter le même traitement encore une ou deux fois; mais en général l'issue en a été satisfaisante. Seulement dans un cas que j'avais traité premièrement par la trachéotomie et à l'aide de la trachéoscopie inférieure, et où le rétrécissement était revenu après

1. Dans la publication de M. le Dr Nowotny (*Arch. f. Laryngol.*, Bd. XVII), je trouve une erreur que je corrige, quoique insignifiante. Le décannulement chez ce malade n'a pas été fait en 1900, mais en 1896, c'est-à-dire la même année que la laryngo-fissure, de sorte qu'il est resté six ans sans canule. En 1902, il est revenu avec une sténose du larynx et de la trachée.

le décanulement, je ne pus pas réussir avec le curettage exécuté une fois à l'aide de la trachéoscopie supérieure, et le malade ne pouvant pas rester plus longtemps chez nous, je fis de nouveau la trachéotomie et j'introduisis une canule élastique avec laquelle il partit.

Deux femmes qui étaient enceintes sont pourtant mortes quelque temps après que la trachée eut été tout à fait délivrée du rétrécissement; l'une à cause d'un avortement, l'autre à cause d'une infiltration scléromateuse sous-glottique qui commença à augmenter tellement que les opérations endolaryngées ne purent plus suffire. Je voulus faire la trachéotomie, mais la malade n'y consentit pas; le même jour, la dyspnée augmenta tellement qu'elle s'y décida, mais trop tard; M. le Dr Nowotny appelé la trouva morte. (Dans ma clinique il n'y a pas de logement pour mon aide-médecin, il doit donc résider en ville où il faut, en cas pressant, aller le chercher!) A la nécropsie, on a trouvé la partie de la trachée, qui était jadis rétrécie, couverte de cicatrices étendues sur les parois, mais non rétrécie; du reste l'infiltration était étendue sur les parois de la trachée, sans qu'elle eût produit de rétrécissement; de plus dans la glotte et sous la glotte, il y avait une infiltration diffuse volumineuse, rétrécissante. Dans ces deux cas la trachéoscopie avait atteint son but et la mort est survenue tout à fait pour une autre cause.

Outre ces cas, j'en ai eu encore trois où le sclérome s'étendait de la trachée dans les bronches. J'ai commencé de me servir de la bronchoscopie supérieure pour enlever les produits du sclérome par le raclement avec le bord du bronchoscope ou à l'aide de la curette et de la pincette effilée. Ces manipulations étaient faites presque chaque semaine, soit par moi, soit par M. le Dr Nowotny, et parce que l'affection était plus étendue dans l'extrémité inférieure de la trachée et dans les bronches, il fallut les répéter plusieurs fois (dans un cas quatre, dans l'autre onze, dans le troisième six fois) jusqu'à ce que le rétrécissement eut tout à fait disparu.

Pour ce traitement par la voie naturelle, j'ai imaginé une modification dans les instruments employés par Killian pour la trachéoscopie supérieure. J'ai fait faire des mandrins à bout émoussé, qu'on met au dedans des trachéoscopes. Avec ces mandrins, l'introduction dans le larynx devient plus facile, et on peut l'exécuter aisément, même chez les enfants, sous le contrôle du doigt, comme nous le faisons, parfois même sans narcose. A l'aide de ce mandrin, on peut aussi traverser le lieu rétréci plus facilement qu'avec un trachéoscope ouvert. Si l'introduction ne

ne dure pas trop longtemps, le malade n'est point gêné dans sa respiration ; pourtant, j'ai fait pratiquer près du bout des trachéoscopes une ouverture dans leur paroi, pour laisser passer l'air par le tuyau même. Je commence par introduire un trachéoscope suffisamment large, et après avoir fait dans la trachée ce qui y était nécessaire, j'introduis par le tuyau trachéoscopique un bronchoscope dans la bronche. J'ai fait faire des mandrins analogues pour les bronchoscopes qui ont aussi une ouverture dans leur paroi, mais un peu plus éloignée de leur extrémité que dans les trachéoscopes. On peut les introduire dans une bronche jusqu'à l'ouverture qui reste vis-à-vis de l'autre bronche, de sorte que la respiration reste tout à fait libre pour les deux poumons (naturellement il faut retirer le mandrin après avoir introduit le bronchoscope dans la bronche). Les bronchoscopes à mandrin me servent pour la dilatation des bronches, et, en outre, je trouve qu'ils se laissent introduire, surtout dans la bronche gauche, plus facilement que les bronchoscopes ouverts. J'emploie aussi, pour la dilatation des bronches après la trachéotomie, des bronchoscopes avec une ouverture dans leur paroi et avec de semblables mandrins.

En dehors du sclérome, j'ai eu aussi l'occasion de faire usage de la trachéoscopie supérieure dans les cas de granulomes formés après le décanulement chez les enfants. Ils pouvaient être facilement enlevés par le bord du trachéoscope même, par une curette ou pincette pointue ; on pouvait les saisir sous le bout du trachéoscope ou par l'ouverture dans sa paroi.

Je dois encore noter que pour la bronchoscopie supérieure, la lampe électrique de Kirstein est absolument nécessaire, tandis que pour la trachéoscopie supérieure, ainsi que pour la bronchoscopie inférieure, la lampe d'Auer et un réflecteur fixé à la tête sont suffisants ; pour la trachéoscopie inférieure, même une lampe ordinaire de chambre est tout à fait suffisante.

Dans des cas de rétrécissement de la trachée produit par la syphilis tertiaire, j'ai toujours réussi avec le traitement spécifique, de sorte que la trachéotomie n'a pas été nécessaire. Seulement, dans un cas de rétrécissement des bronches produit par la syphilis tertiaire, j'ai eu l'occasion d'employer plusieurs fois la bronchoscopie supérieure et puis inférieure. C'était une femme qui avait contracté la syphilis quatre années auparavant ; quand elle est venue chez nous, j'ai trouvé des ulcérations tertiaires dans le pharynx, et j'ai constaté, à l'aide de l'auscultation, que le bruit inspiratoire vésiculaire du poumon droit était très affaibli. Un énergique traitement avec des frictions mercurielles et avec de

l'iodure de potassium amena la guérison des ulcérations du pharynx, tandis que la respiration du poumon droit resta aussi affaiblie qu'auparavant. A l'aide de la trachéoscopie supérieure, j'ai trouvé que le dernier anneau cartilagineux de la trachée était du côté droit tellement rejeté au dedans qu'il faisait un pli de 1 centimètre de largeur, qui couvrait l'entrée de la bronche droite, tandis que le coin de la bifurcation de la trachée était élargi, et, de même que toute l'extrémité inférieure de la trachée, rouge et gonflé. Après avoir introduit un bronchoscope sous le pli susdécrit, j'ai trouvé que la bronche droite était, à son origine, tellement rétrécie, que son diamètre n'avait que 3 millimètres. D'après cet examen, le rétrécissement de la bronche droite était produit par une cicatrice circulaire encore récente au dedans; mais il fallait aussi supposer qu'il y avait une infiltration péribronchiale qui avait produit la pression du dernier anneau trachéal et l'élargissement du coin de la bifurcation de la trachée. Onze jours après, j'ai fait la même exploration, et, ayant trouvé que la rougeur et le gonflement avaient presque disparu, j'ai commencé la dilatation de la bronche droite avec une pincette fermée que je voulais y introduire. Mais comme cela n'a pas été possible, j'ai essayé d'élargir la partie rétrécie avec une curette pointue, après quoi, j'ai réussi à introduire plusieurs fois la pincette fermée dans la bronche droite. Quelque temps après tout cela, la malade a commencé à tousser, et un emphysème sous-cutané s'étendit bientôt sur toute la poitrine, le cou et le ventre. Il était sorti du médiastin dans le tissu sous-cutané, et en même temps, le long des ramifications bronchiales, dans le tissu du poumon droit. Cet emphysème interstitiel pulmonaire faisait pendant la respiration un crissement qu'on pouvait entendre à l'aide de l'auscultation sur tout le poumon droit. L'emphysème cessa d'augmenter après que j'eus ordonné à la malade de faire de fortes expirations au lieu de tousser; et la dyspnée diminua bientôt au point que la malade ne voulut pas se laisser faire la trachéotomie que je lui proposais. L'emphysème disparut complètement après deux semaines, et la bronche droite devint plus accessible à l'air qu'auparavant, quoique le bruit inspiratoire vésiculaire du côté droit fût toujours plus faible que du côté gauche. Cet état dura à peu près deux mois, puis le rétrécissement se manifesta de nouveau.

A la fin du troisième mois, le Dr Nowotny trouva, à l'aide de la bronchoscopie supérieure, l'entrée de la bronche droite encore plus rétrécie qu'elle n'était auparavant. Il la dilata de nouveau à l'aide de la bronchoscopie supérieure avec des sondes longues

et fines. Pendant les deux mois suivants, nous avons fait la dilatation à l'aide de la bronchoscopie supérieure cinq fois; la respiration restait pourtant au côté droit moins légère qu'au côté gauche. Cependant environ deux semaines après la dernière bronchoscopie, la respiration devint difficile; nous trouvâmes le bruit vésiculaire du côté droit très affaibli et des sifflements du côté gauche. La dyspnée augmentait et deux jours plus tard nous avons trouvé, à l'aide de la bronchoscopie supérieure, que l'entrée de la bronche droite était complètement rétrécie et qu'il y avait aussi un rétrécissement de la bronche gauche à son entrée couverte par la paroi gauche de la trachée. Je fis la trachéotomie sous-thyroïdienne et puis je trouvai à l'aide de la bronchoscopie inférieure, que l'entrée de la bronche gauche avait la forme d'une fissure étroite due à l'élargissement et au soulèvement du coin de bifurcation de la trachée du côté gauche. La muqueuse y était gonflée et d'un rouge foncé; la bronche gauche était normale sous le rétrécissement. Je dilatai la bronche droite avec la curette et puis j'introduisis plusieurs fois dans les deux bronches des bronchoscopes à mandrin; la respiration devint plus légère, mais après quelques heures il fallut pourtant répéter les manipulations dont l'effet fut à peine satisfaisant. Le lendemain de nouveau une attaque de suffocation si forte assaillit la malade, qu'elle en fût presque étouffée pendant que le Dr Nowotny faisait les manipulations nécessaires. Mais il profita de ce moment pour couper la partie comprimée du dernier anneau trachéal et curetter énergiquement la bronche droite; puis il dilata les deux bronches avec les bronchoscopes. Après tout cela, la respiration devint beaucoup plus légère; la malade eut pendant quelques jours une fièvre qui ne dépassa pas 38° 5. Il fallait supposer qu'il y avait une recrudescence d'infiltration s'étendant davantage du côté gauche; c'est pourquoi on administra encore à la malade de l'iodure de potassium. Un mois plus tard la bronche droite commença de nouveau à se rétrécir, tandis que la bronche gauche restait libre; il fallut faire de nouveau la dilatation du côté droit avec la curette et les bronchoscopes. Dès lors on introduisait ces derniers chaque semaine, pour que le rétrécissement ne revienne plus. Pendant ce temps, la respiration restait légère des deux côtés, quoique l'entrée de la bronche droite ne fut pas si large que la bronche même. Quatre mois plus tard nous avons remarqué, que l'entrée de la bronche gauche se rétrécissait de nouveau de la même façon qu'auparavant, mais à un degré moindre, de sorte que la respiration au côté gauche n'en était point gênée. La malade a pris de nouveau

de l'iodure de potassium, et on a fait la dilatation des deux côtés pendant trois mois. Puis, après un mois de repos, on a trouvé une cicatrisation complète à l'extrémité inférieure de la trachée, à l'entrée de la bronche droite ainsi qu'au coin de la bifurcation de la trachée. Les cicatrices étaient répandues sur les surfaces susdites sans les contracter, excepté l'entrée de la bronche droite qui était toujours un peu rétrécie, mais pourtant assez large pour une respiration tout à fait aisée. La paroi inférieure de la bronche gauche était un peu rejetée, sans que son entrée fut rétrécie. Depuis ce temps (fin de mars 1905) le Dr Nowotny a pratiqué chaque semaine, jusqu'à la fin du mois d'août la dilatation de la bronche droite, pour empêcher une nouvelle rétraction de la cicatrice. Maintenant (octobre) la respiration reste légère, et la différence entre le bruit inspiratoire du côté droit et du côté gauche a disparu quoique l'entrée de la bronche droite est toujours un peu rétrécie.

Il n'est pas douteux qu'il s'agissait dans ce cas, outre le rétrécissement cicatriciel de la bronche droite même à son commencement, premièrement d'une infiltration péribronchiale droite qui avait soulevé le coin de la bifurcation et rejeté le dernier anneau de la trachée du côté droit au dedans. Puis deux fois cette infiltration se forma aussi du côté gauche de manière qu'elle souleva toute la bronche gauche et repoussa sa paroi inférieure, tandis que la paroi supérieure s'aplatit. Au côté droit il y avait certainement une cicatrisation aussi autour de l'entrée de la bronche droite et c'était la contraction du tissu cicatriciel qui avait repoussé le dernier anneau de la trachée au dedans. Sous la bifurcation de la trachée il y avait pourtant, lorsque la malade est venue chez nous, probablement une infiltration récente qui avait élargi le coin de la bifurcation, en le soulevant du côté droit. La rougeur foncée et le gonflement de la muqueuse que j'ai constatés pendant la première trachéoscopie, indiquaient que ce n'était pas encore une affaire tout à fait finie, d'autant plus que cette rougeur et ce gonflement ont disparu onze jours après. Mais le tissu qui s'y est formé était encore trop peu résistant, de telle sorte qu'il se rompit et que l'air pénétra pendant la toux dans le médiastin, d'où il s'étendit dans le tissu sous-cutané et pulmonaire. Après quelques mois, ce tissu devint plus solide, mais bientôt une infiltration récente se forma de nouveau à son côté gauche; c'est par elle que la bronche gauche fut soulevée et rétrécie, tandis que sa paroi inférieure était pressée en haut. Cette infiltration a subi une résorption, due à la médication, sans avoir laissé de rétrécissement de la bronche

gauche ; elle est revenue plus tard, pour céder à la même médication. Il est probable que c'étaient les glandes bronchiales qui, augmentées par l'infiltration, avaient soulevé le coin de la bifurcation de la trachée, d'abord du côté droit, puis aussi du côté gauche, tandis que l'infiltration du tissu cellulaire péribronchial du côté droit était déjà cicatrisée et contractée. La cicatrisation de la muqueuse, qu'on voit maintenant à l'extrémité inférieure de la trachée et sur le coin de sa bifurcation, est l'effet des manipulations qu'on a faites, et surtout du curettage ainsi que de l'excision de la partie droite du dernier anneau trachéal.

C'est surtout chez les goitreux que j'ai l'occasion de voir les rétrécissements produits par la compression de la trachée. A l'ordinaire le goître diminue sous un traitement à l'iode ou à la thyroïdine et le rétrécissement disparaît en même temps, ou bien on le supprime par une strumectomie, de sorte que la trachéotomie est très rarement nécessaire. Dans ma longue pratique, j'ai vu pourtant plusieurs cas de goître, où le rétrécissement avait atteint un tel degré que la trachéotomie était indispensable. Chez quelques-uns de ces malades, la trachéotomie se montra nécessaire pendant la strumectomie même ; chez d'autres, il fallut qu'elle précédât la strumectomie ; dans les cas dont j'ai conduit personnellement tout le traitement, j'employai l'iode après la trachéotomie. La trachéotomie exécutée, il est nécessaire d'introduire une canule dilatante dans la trachée rétrécie. Parfois la canule ordinaire de Luer est suffisante, parfois elle est trop courte, et il faut en appliquer une qui est plus longue. Chez mes malades, j'employai dans ce cas une de mes canules élastiques ; celles-ci ont cet avantage qu'on peut en choisir, selon le cas, une qui est plus ou moins longue, qu'elles sont flexibles et qu'elles peuvent être bouchées, si bien que le malade peut parler et respirer par la voie naturelle. Parfois j'emploie la canule de Schrötter, qui forme un arc plus grand que celui des canules ordinaires ; c'est lorsque la trachée n'est pas comprimée trop bas et que le cou est gonflé par le goître dans sa partie antérieure. L'introduction de la canule dans la trachée comprimée ne présente aucune difficulté ; aussi j'introduis toujours les canules les plus larges. Ces canules servent non seulement pour rendre la respiration possible même dans les cas d'une compression complète de la trachée, mais outre cela les anneaux trachéaux déformés reviennent sous la pression de la canule à leur forme normale, pourvu qu'ils ne soient pas devenus tout à fait mous et irrésistants.

J'emploie aussi les mêmes canules dans les cas où la compres-

sion de la trachée est produite par des tumeurs qui croissent dans son voisinage, soit au cou, soit dans le médiastin, comme par les lymphomes, sarcomes, carcinomes, etc. Parmi ces malades j'ai traité un garçon de 17 ans avec compression de la trachée, dans sa partie inférieure, par une tumeur située entre l'artère anonyme et la trachée, tumeur qui transmettait la pulsation de celle-là à la paroi pressée (droite) de celle-ci. On pouvait aussi constater la tumeur à l'aide de la percussion au manche du sternum et à son côté droit. J'ai fait la trachéotomie et j'ai introduit une canule élastique. Je supposais que la tumeur était un lymphome ; je ne croyais pas que c'était un anévrysme, parce que la paroi comprimée de la trachée était tout à fait pâle. J'ai ordonné de prendre de la solution de Fowler dont le malade a fait usage pendant quelques mois. La tumeur qui après l'opération était comprimée de deux côtés (par l'artère anonyme et par la canule), commença à se soulever successivement, ainsi qu'après quelque temps nous avons remarqué, à l'aide de la trachéoscopie inférieure, que la compression de la paroi droite de la trachée se trouvait plus haut et était devenue plus faible. Alors j'ai introduit une canule moins longue et, quatre mois après la trachéotomie, une canule ordinaire courte. La compression avait déjà disparu complètement, et, en même temps, on ne pouvait plus constater la tumeur à l'aide de la percussion. Pour être tout à fait sûr qu'il n'y aura point de récédive, j'ai délivré le malade de sa canule six mois plus tard. Je l'ai vu et examiné une année après le décanulement ; il se porte tout à fait bien.

Un cas analogue me fut présenté par un garçon de 9 ans, bossu avec infiltration de sommet du poumon droit, abcès perforant le manche du sternum et cicatrices après abcès glandulaires du cou ; cet enfant souffrait d'un rétrécissement de la trachée, produit par la compression de sa paroi gauche postérieure, près de son extrémité inférieure. C'était donc une glande lymphatique tuméfiée, probablement tuberculeuse, qui comprimait la trachée. J'ai fait la trachéotomie et introduit une canule élastique ; le malade a pris de la solution de Fowler. Deux semaines après la trachéotomie, une sténose circulaire commença à se former sous le bout de la canule ; alors j'introduisis un morceau de cathéter, qui était plus long. Quelques jours après je trouvai des granulations sur la paroi comprimée ; je les enlevai avec une curette et une pincette pointue et j'introduisis la même canule élastique que le malade avait auparavant ; il la porta encore presque deux mois sans aucun accident. Après ce temps la compression de la paroi trachéale avait presque disparu ; alors j'ai

placé une canule ordinaire que le malade a portée encore plus d'une demi-année, quoiqu'elle ne fut plus nécessaire; alors on l'en a délivré. Pourtant la tuberculose avait fait pendant ce temps des progrès et le malade nous a quittés avec une infiltration étendue sur les deux sommets des poumons.

Dans ce dernier cas il y avait la tuberculose des poumons ainsi que du manche du sternum, mais nous ne pouvons pas être tout à fait sûrs que la glande comprimant la trachée était aussi atteinte de la tuberculose. Elle pouvait être aussi bien tuméfiée à cause de l'abcès du manche du sternum, et diminuer après sa guérison. Probablement elle n'était plus libre, mais elle était attachée à la trachée par une inflammation adhésive dans sa périphérie, qui a provoqué des produits hyperplasiques dans la muqueuse de la trachée même, comme la sténose circulaire qui commença de se former sous le bout de la canule, et les granulations sur la paroi comprimée. On ne trouve pas de pareils produits dans la muqueuse trachéale qui est tout à fait normale, comme nous en avons un exemple dans le cas précédent. Dans celui-ci, la glande était tout à fait libre, puisqu'elle pouvait se soulever, de sorte que la compression a disparu enfin complètement. Nous ne pouvons pas même être tout à fait sûrs que la glande dans ce cas diminuait réellement; il est aussi possible qu'elle se retira seulement en arrière, de sorte qu'elle n'atteignait plus le manche du sternum.

Le même traitement mécanique est aussi nécessaire dans les cas de la compression de la trachée produite par les sarcomes qui croissent à l'ordinaire en tumeurs volumineuses comprimant leur voisinage, mais qui ne se propagent pas dans le tissu voisin même. Dans ces cas j'emploie aussi, après la trachéotomie, mes canules élastiques que je trouve assez fortes et moins irritantes que celles de König, et plus commodes pour les malades, que les longues canules de Schrötter parce qu'elles sont flexibles. J'emploie la canule avec une ouverture, dans sa paroi supérieure, pour qu'elle ne puisse se boucher et qu'on n'ait pas besoin de la changer trop souvent. Je fais usage des canules les plus larges, parce qu'elles sont plus commodes pour les malades et qu'elles s'introduisent sans difficulté malgré la pression du néoplasme, qui trouve toujours assez de place pour céder à la canule. Pour la même cause la canule ne fait pas si facilement de décubitus dans la trachée, quoique le néoplasme croisse. Dans un cas de lymphosarcome du médiastin, j'ai eu l'occasion de constater qu'il n'y avait point de décubitus, presque six mois après la trachéotomie, quoique le néoplasme fût devenu beaucoup plus grand

qu'il n'était auparavant ; le malade était venu pour être délivré de sa canule qu'il ne croyait plus nécessaire ; pourtant elle devait rester jusqu'à sa mort. Naturellement nous ne pouvons guérir le sarcome, mais pourtant il faut préserver le malade de l'étouffement qui le menace et prolonger ainsi sa vie autant que possible.

Plus difficile est le traitement dans les cas de carcinomes, ainsi que parfois dans les cas de sarcomes malins qui, en comprimant la trachée, se répandent en même temps dans son tissu, percent sa paroi et s'étendent dans sa muqueuse, de sorte qu'ils y forment des infiltrations circulaires ou des tumeurs plus ou moins saillantes sur ses parois, qui la rétrécissent. Nous trouvons aussi de pareils rétrécissements dans les cas où le cancer du larynx s'étend, quelque temps après la trachéotomie, dans la trachée et, après avoir envahi ses parois autour de la canule, forme sous le bout de cette dernière des tumeurs ou des infiltrations plus volumineuses. Nous y trouvons les mêmes rétrécissements que dans les cas précédents, seulement sans compression. C'est la même chose aussi dans les rares cas de cancers primitifs de la trachée. Dans tous ces cas, nous sommes en présence d'un carcinome de la trachée même, qui peut être combiné avec la compression de la trachée ou non, mais qui la rétrécit lui-même et exige enfin un traitement mécanique ou opératoire. Mais l'introduction de la canule par le lieu rétréci n'est pas chez ces malades si facile que dans les cas de compression simple ; une tumeur ou une infiltration résistante au dedans de la trachée ne trouve pas de place pour se retirer sous la pression de la canule. Dans ces cas je fais usage de la curette avec laquelle je découpe des morceaux de néoplasme, à l'aide de la trachéoscopie inférieure, jusqu'à ce que je puisse dépasser le lieu rétréci ; puis j'introduis une canule élastique. J'emploie des canules avec une ouverture dans leur paroi supérieure, excepté les cas où le larynx est aussi atteint d'un carcinome qui pourrait par l'ouverture pénétrer au dedans de la canule.

Outre les divers cas de cancers que j'ai traités de cette manière, j'ai eu aussi deux cas de lympho-sarcome où l'infiltration s'étendait dans la muqueuse de la trachée au point qu'il fut nécessaire de l'enlever avec la curette. Dans un de ces cas, le lymphosarcome de la glande thyroïde, précédemment extirpé, s'était renouvelé peu de temps après, au dedans de la trachée. Dans l'autre cas le lymphosarcome du médiastin, qui comprimait la paroi postérieure de la trachée, avait produit au-dessous de cette compression une infiltration circulaire dans la trachée, qui ne présenta pourtant qu'une hyperplasie de la muqueuse,

due probablement à la compression de petites veines trachéales par le néoplasme. Cette hyperplasie revenait de temps en temps dans la trachée, sous le bout de la canule; à peu près trois mois après la trachéotomie, elle revenait sur le coin de la bifurcation et dans la bronche gauche qu'elle rétrécissait, ainsi qu'il fallait faire usage de la curette à l'entrée de la bronche gauche. Trois mois et demi après la trachéotomie, la malade succombait à une hémorragie spontanée de la bronche gauche.

En général, dans tous ces cas il s'agit de néoplasmes qui ne sont plus opérables; ainsi nous ne pouvons, par le traitement susdécrit, que prolonger la vie de malades en les prémunissant contre la suffocation. Un de mes malades, une année après la trachéotomie à cause du cancer du larynx, est revenu avec un rétrécissement carcinomateux bien développé dans la trachée, sous la canule, et a vécu encore après le curettage une année et demie avec une canule élastique; dans d'autres cas, les malades ont vécu, après le curettage de la trachée, une année, parfois seulement plusieurs mois, même encore moins longtemps avec une canule élastique. Dans un cas, le cancer s'étendait sur la paroi gauche postérieure de la trachée, tout au-dessus de sa bifurcation; je crois que c'était un cancer primitif de la trachée, parce qu'il n'y avait point de la compression. Je fis le curettage et je le répétai tant que la sténose revenait de nouveau; ce n'était nécessaire qu'une fois toutes les trois ou quatre semaines; le carcinome était situé trop près de la bifurcation de la trachée, pour que je puisse avoir effet d'une canule élastique. Ce traitement dura presque neuf mois; après ce temps, la malade ne voulut plus rester chez nous parce qu'elle trouva qu'elle ne se portait pas mieux qu'auparavant, puisque le rétrécissement revient encore toujours après quelque temps.

La canule dilatante est supportée tout à fait autrement que dans les cas susdécrits par les malades d'anévrysme de l'aorte. La paroi de la trachée, qui est exposée à la pression continuelle de l'anévrysme qui ne cède point à celle de la canule, devient bientôt rouge, infiltrée, et enfin subit la nécrose et la rupture, de sorte que le malade périt par hémorragie dans les voies respiratoires. C'est pourquoi nous ne faisons pas d'ordinaire la trachéotomie dans ces cas. Pourtant, dans ma clinique, elle a été faite quatre fois dans des cas où le diagnostic de l'anévrysme était presque sûr, mais la respiration était devenue si difficile que, sans cela, le malade aurait pu étouffer sous nos yeux; il n'y avait donc rien à perdre, et une erreur dans le diagnostic est toujours possible. Dans le cinquième cas, j'ai fait le diagnostic

d'une glande médiastinale tuméfiée qui comprimait la paroi droite à l'extrémité de la trachée, ainsi que la paroi supérieure de la bronche droite. C'était pourtant un anévrysme faux qui s'était formé dans un paquet de glandes lymphatiques entourées d'une capsule fibreuse, qui communiquait par une petite ouverture avec l'arc de l'aorte. Dans ce cas, la mort par hémorragie est survenue treize jours après la trachéotomie et après qu'on avait enlevé plusieurs fois les tissus nécrotiques à la paroi comprimée, tissus qui consistaient en parties de la glande qui perçait la paroi de la trachée et qui y était poussée par le sang jusqu'à ce que, par l'ouverture faite, une hémorragie détermina la mort. Dans les autres quatre cas où il y avait un anévrysme vrai qui comprimait la trachée à son extrémité inférieure, le malade resta six jours au plus (trois jours au moins) avec une canule élastique, avant de succomber à l'hémorragie. La respiration n'était pourtant pas, pendant ce temps, tout à fait libre, parce que, dans trois cas, la bronche gauche, dans le quatrième, la bronche droite étaient aussi comprimées. Parfois la pression de l'anévrysme s'étendait même sur le coin de la bifurcation, qui était rejetée du côté droit; il poussait après quelque temps la canule en haut; il fallait la pousser de nouveau en bas, et, dans un cas, il fut même nécessaire d'introduire la canule jusque dans la bronche droite. Parfois, il fallait changer la canule plus d'une fois par jour, à cause de la sécrétion qui ne put pas être expectorée. L'introduction d'une canule élastique eut toujours cet effet que, chez les malades qui étaient près d'étouffer (l'un était, pendant la trachéotomie même, asphyxié), la respiration devenait beaucoup plus légère, cela a eu lieu même chez le malade avec la compression de la trachée et de la bronche droite, qui souffrait encore, même après l'opération, d'une dyspnée, mais à un moindre degré.

II

SUR LES SYMPTOMES OCULAIRES DANS LES MALADIES DE L'ORGANE AUDITIF ET DANS LEURS COMPLICATIONS ¹

Par le professeur **G. GRADENIGO** (de Turin).

Les recherches de ces dernières années tendent à attribuer aux phénomènes oculaires une importance de plus en plus grande dans le diagnostic, parfois très difficile, des affections des oreilles et des différentes complications otiques. Cette communication est le fruit de mes observations personnelles et vise les symptômes oculaires les plus fréquents et les plus manifestes. Ces derniers peuvent être divisés en :

1° Troubles du mouvement du globe de l'œil;

2° Troubles pupillaires;

3° Lésions du fond de l'œil (névrite optique).

1° Parmi les troubles de la motilité du globe, nous avons à considérer les *paralysies* ou *parésies* des divers muscles moteurs et le *nystagmus*. Ces phénomènes se rencontrent assez fréquemment dans les suppurations labyrinthiques, dans les leptoménigites purulentes, circonscrites ou diffuses, dans les abcès du cervelet; comme la méningite ou l'abcès du cervelet viennent souvent compliquer la labyrinthite suppurée, il s'ensuit que, dans un cas donné, il peut être très difficile de dire si le symptôme oculaire observé dépend de la labyrinthite ou de la complication endocranienne éventuellement latente.

Un syndrome morbide typique qui est loin d'être rare, et sur lequel j'ai eu l'occasion d'attirer, dans plusieurs travaux récents, l'attention des spécialistes, est formé par l'association d'une otite moyenne purulente aiguë accompagnée de douleurs extraordinairement violentes et tenaces, localisées à la région temporale du côté malade, avec la parésie ou la paralysie du droit externe de l'œil, toujours du côté atteint. Bien que dans les divers cas que j'ai observés ou que j'ai pu recueillir dans la littérature, il ne m'ait pas été possible d'établir avec certitude la pathogénie

1. Communication faite le 26 septembre 1905 à la section otologique de la 77^e réunion des naturalistes et médecins allemands, à Méran.

de l'affection, je pencherais à croire qu'il s'agit d'un foyer de méningite circonscrite au voisinage du sommet du rocher; ce foyer disparaît et guérit le plus souvent quand l'affection de la caisse guérit; mais, dans quelques cas, le patient meurt de leptoméningite diffuse.

Si, aujourd'hui, en l'absence de comptes rendus d'opérations ou d'autopsies, nettement démonstratifs, il est permis de mettre des hypothèses en avant, nous pouvons dire que dans ces cas l'infection purulente ne se transmettrait pas aux méninges par la voie du labyrinthe, car les symptômes labyrinthiques font toujours défaut, mais bien par des voies préformées dans le tissu spongieux de la boîte osseuse qui entoure l'organe auditif. Sans doute, des observations ultérieures permettront de résoudre ce problème important.

On sait que les paralysies et les parésies des différents muscles moteurs de l'œil se rencontrent régulièrement dans les leptoméningites purulentes diffuses à une période avancée de leur évolution; on peut mettre en question le fait de savoir si de simples parésies des muscles de l'œil, accompagnées de diplopie, qu'on trouve assez souvent dans les labyrinthites suppurées, pourraient, à l'égal de certaines formes de nystagmus, être attribuées aux lésions labyrinthiques seules et être la manifestation d'un trouble du *tonus* labyrinthique ou bien pourraient être mises en relation avec les phénomènes de méningite qui, si souvent, accompagnent la labyrinthite et qui, pendant un temps relativement long, peuvent précéder l'explosion de la méningite à issue fatale. Nous rapportons plus loin une observation intéressante à ce point de vue.

Le nystagmus est un signe précieux d'irritation de l'appareil ampullaire labyrinthique; on peut, cependant, l'observer dans les stades avancés de la leptoméningite purulente diffuse et dans l'abcès du cervelet d'origine otique. Dans la pratique, il est utile de faire la distinction entre le *nystagmus précoce* qui, habituellement, dépend uniquement de lésions labyrinthiques, et le *nystagmus tardif* qui est en rapport avec des complications endocraniennes, le plus souvent aux périodes ultimes.

Le nystagmus purement labyrinthique se produit, dans la grande majorité des cas, en direction horizontale et il est dynamique, c'est-à-dire qu'on l'observe seulement ou principalement dans les positions extrêmes du regard dirigé horizontalement vers une des parties latérales ou à la fois vers une des parties latérales et en haut. Les mouvements d'oscillation se produisent de façon égale et synchronique pour les deux yeux.

Dans les cas peu marqués, le nystagmus se manifeste seulement quand le malade dirige le regard vers le côté opposé à l'oreille malade; dans les cas graves, il se produit pour toutes les directions du regard.

Il est démontré aujourd'hui que le nystagmus horizontal est déterminé par l'irritation du canal semi-circulaire horizontal externe. Parfois, au mouvement horizontal vient se joindre un mouvement de rotation du globe qui peut précéder immédiatement ou accompagner le premier; il est légitime de penser, dans ce cas, que l'irritation atteint non seulement l'ampoule du canal semi-circulaire externe, mais aussi l'ampoule de l'un des deux autres canaux semi-circulaires, probablement celle du canal supérieur vertical.

Le cas suivant en est un exemple typique.

Eugénie D..., 22 ans; depuis son enfance, elle est atteinte d'otite moyenne purulente chronique, bilatérale, qui a toujours été négligée. Depuis deux mois, exacerbation de l'affection du côté gauche, avec augmentation de la suppuration, douleurs violentes, fièvre, malaise. Vomissements depuis deux jours. Pus fétide et abondant dans le conduit gauche; saillie de la paroi postérieure; pas de modifications des parties molles de la mastoïde. L'audition est abolie de ce côté. Quand la malade donne à ses globes oculaires une direction extrême vers la droite (côté sain) et un peu vers le haut, elle accuse parfois de la diplopie. Nystagmus horizontal manifeste, surtout quand la malade regarde à droite. Le mouvement n'est pas purement horizontal, mais il est en même temps rotatoire en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre. La station debout est assez difficile à conserver, même sur les deux pieds et les yeux ouverts; il y a tendance à tomber du côté gauche (côté de l'oreille malade). Il est impossible à la patiente de rester debout sur un seul pied. Fond de l'œil normal. Légère augmentation vespérale de la température.

L'opération pratiquée sur la mastoïde et sur l'oreille moyenne du côté gauche, deux jours après l'entrée de la malade à la clinique (17 juin 1905), révéla la présence de pus et de granulations dans la caisse et dans l'antre, ainsi qu'une destruction partielle de la paroi postérieure du conduit auditif osseux et une fistule du canal semi-circulaire horizontal externe.

Le 18 juin, les douleurs ont disparu, la malade va beaucoup mieux. Le nystagmus est encore bien prononcé quand le regard prend la direction extrême vers la droite. Le mouvement s'exécute presque exclusivement dans le sens horizontal; il n'y a pas de nystagmus quand la malade regarde à gauche, ni quand les globes oculaires sont au repos; le nystagmus est léger quand la malade regarde en haut. Quand on la fait regarder en avant, avec point de fixation très proche, il existe une insuffisance notable des deux droits internes avec diplopie. L'amélioration continue pendant les jours suivants.

Le 30 juin, on constate une légère diminution de l'acuité; les contours de la papille ne sont pas bien distincts; diplopie; nystagmus comme ci-dessus.

Le 5 juillet, alors que la malade jouissait d'un bien-être parfait, la leptoméningite purulente éclate; malgré les ponctions lombaires, la malade meurt en trois jours. Le nystagmus avait presque complètement disparu pendant les derniers jours.

A l'autopsie : leptoméningite purulente diffuse.

L'aggravation du nystagmus et les changements dans sa direction indiqueraient bien l'extension du processus morbide labyrinthique à d'autres segments de l'appareil ampullaire. Il est certain que le nystagmus est un phénomène d'irritation qui s'atténue et disparaît plus rapidement que les autres symptômes d'irritation labyrinthique (vertiges, bruits subjectifs) au fur et à mesure que la suppuration, faisant des progrès, amène la destruction des épithéliums qui fonctionnent encore.

Quant au nystagmus lié aux complications endocraniennes des otites, il se distingue du précédent en ce que, comme nous l'avons dit, il apparaît à une période avancée de la maladie, quand le patient entre dans la stupeur ou quand il a déjà perdu toute conscience. Même dans ces cas, le nystagmus est, le plus souvent, horizontal. Dans l'observation suivante, le nystagmus, à caractère exclusivement vertical, s'était manifesté peu de temps avant la mort et il est permis de supposer que le phénomène avait probablement une origine centrale.

Adélaïde G..., 47 ans. Il y a environ trois mois, elle eut une otite aiguë à droite à la suite de l'influenza, suivie de mastoïdite, pour laquelle on l'opéra le 3 avril. Les suites furent excellentes pendant quelque temps. Plus tard, survinrent des troubles généraux; vomissements, prostration, légères élévations vespérales de température (38°-38°4). Le 8 mai, la température monta brusquement à 40° 6, avec des phénomènes très nets de méningite; stupeur profonde, vomissements, raideur de la nuque, céphalée, paralysie motrice et sensitive des membres du côté gauche. Le jour suivant, les troubles moteurs des membres étaient presque entièrement disparus; la connaissance était revenue, la fièvre diminuée; les pupilles étaient égales et réagissaient avec lenteur à la lumière; *nystagmus vertical très marqué*, sans qu'il y eût de mouvements dans d'autres directions; ce sont des secousses rythmiques des deux globes, auxquelles s'associe, par instants, l'ouverture et l'occlusion des paupières. Parésie du facial gauche. La malade meurt dans l'après-midi du 12 mai.

A l'autopsie : leptoméningite purulente, surtout à la base; à la surface du cerveau, pachyméningite avec petits points hémorragiques de fraîche date; groupe d'hémorragies punctiformes nettement circonscrites, d'un centimètre environ de diamètre, à la face inférieure

du pédoncule cérébelleux supérieur du côté gauche. Cette lésion pourrait, peut-être, être rapprochée du nystagmus vertical observé.

2° *Phénomènes pupillaires.* — En dehors de la lenteur ou de la suppression de la réaction pupillaire, en plus du rétrécissement anormal ou de la dilatation anormale des pupilles, qu'on trouve, en règle générale, dans les derniers stades des différentes complications endocraniennes, notre attention doit, en outre, être attirée de façon spéciale sur la différence de dimensions des deux pupilles.

Ce symptôme peut avoir des causes très variées, que ce n'est pas ici le lieu d'énumérer. Mais, dans les lésions de l'oreille, on le signale parfois dans les cas de suppuration du labyrinthe.

Nous n'avons pas, cependant, encore de cas dans lequel on ait pu démontrer avec certitude que ce phénomène dépend de lésions labyrinthiques plutôt que de la méningite circonscrite qui accompagne si souvent, de façon latente, les suppurations du labyrinthe. Des observations ultérieures éclairciront la question; de même, nous devons nous demander si la différence de diamètre des pupilles est due au rétrécissement de l'une ou à la dilatation de l'autre. Habituellement, la pupille du côté malade est plus étroite que celle du côté opposé.

3° La *névrite optique* est un symptôme précieux pour le diagnostic parce que, suivant mes propres recherches, on la trouve dans presque la moitié des cas de complications endocraniennes d'origine otique, y compris les abcès extra-dure-mériens simples. L'examen ophtalmologique devrait être pratiqué, comme de règle, chez tous les sujets porteurs d'otite suppurée.

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, je n'ai pas encore pu trouver un cas de névrite optique qu'on puisse attribuer avec certitude aux seules lésions circonscrites du temporal. L'aggravation progressive de la papillite chez les malades opérés avec succès d'abcès du cerveau et du cervelet doit obliger l'otologiste à se tenir sur ses gardes, car elle indique l'existence d'autres complications endocraniennes.

(Traduction par MÈNIER, de Figeac).

III

Clinique otologique de l'Université de Vienne

Chef de service : M. le professeur POLITZER.

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

MÉNINGITE D'ORIGINE OTIQUE¹

Par **J. ALEXANDER**, privat-docent, assistant de la clinique.

Le traitement des affections suppurées du labyrinthe et de la méningite otique a, au cours de ces dernières années, occupé de plus en plus l'intérêt. De nombreux rapports, d'innombrables discussions dans les Congrès scientifiques montrent, d'évidente façon, l'importance que les spécialistes attachent à ces maladies et à leur traitement. En ce qui concerne la suppuration du labyrinthe, on a, pendant les années qui viennent de s'écouler, recueilli un important ensemble de faits cliniques et anatomiques. Au point de vue des indications et de la technique opératoire, on est arrivé à une entente au moins en ce sens que l'ouverture du labyrinthe malade a pris place parmi les interventions typiques de la chirurgie de l'oreille; de tous côtés, tenant compte des résultats favorables, dans certains cas, on a reconnu à cette opération le droit à l'existence et le droit de cité.

Mais, les choses sont loin d'aller aussi bien pour la méningite otique. Si, au point de vue anatomique, nous faisons une comparaison avec les affections labyrinthiques, nous voyons que les autopsies permettent d'espérer des résultats nombreux et variés pour la clinique et le traitement chirurgical des maladies du labyrinthe; il est incontestable, en effet, qu'aujourd'hui, les cas connus dans la littérature fournissent un enseignement objectif et sans lacunes, embrassant toutes les altérations, depuis les plus minimales jusqu'aux plus graves. Ceci doit être attribué au fait que les affections labyrinthiques n'amènent elles-mêmes presque jamais la mort, mais que, seules leurs conséquences, leurs com-

1. Leçon clinique extraite du cours professé pendant le semestre d'été 1905 sur les affections chirurgicales de l'organe auditif.

plications sont coupables, de telle sorte qu'à l'autopsie, le labyrinthe peut dans les divers cas, présenter des stades pathologiques très différents.

Or, ce n'est pas le cas pour la méningite. Exception faite pour quelques cas, dans lesquels, au début de la méningite, la mort a été causée par une autre affection, la méningite est la maladie dont meurt le patient. Par conséquent, à l'autopsie, nous trouvons la maladie entièrement développée, toujours « parfaite » et les recherches anatomiques ne donnent presque aucun renseignement sur les stades initiaux les plus importants, qui seraient les plus instructifs au point de vue chirurgical. Il ne fait pas de doute que ces lacunes devront être comblées par des recherches expérimentales. En tous cas, l'aspect anatomique de la méningite à son stade final, sur la table d'autopsie, fait toujours désespérer de la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Mais, l'évolution clinique de la méningite otogène montre *a priori* que cette affection est à peine susceptible d'un traitement chirurgical. Le début sournois, la coïncidence de plusieurs symptômes méningitiques avec les phénomènes typiques de la suppuration de l'oreille moyenne et du labyrinthe sont, dans beaucoup de cas, des obstacles qui empêchent d'attaquer chirurgicalement l'affection au moment où l'intervention offre les chances les plus favorables. Aujourd'hui encore, nous sommes souvent condamnés à l'expectative, et si, dans quelques cas, cette thérapeutique d'attente, après exécution d'une intervention sur l'oreille, nous permet de voir la disparition des symptômes, la terminaison fatale des autres cas nous montre d'une façon objective la pauvreté de nos ressources thérapeutiques contre la méningite purulente. Malgré cela, au cours de ces dernières années, il s'est fait une transformation dans la conception de la méningite otogène, considérée comme affection chirurgicale.

Alors qu'autrefois, on repoussait unanimement toute intervention dans cette affection, aujourd'hui la majorité des otologistes admet en principe l'intervention, puisque des cas avec issue heureuse, cités dans la littérature, démontrent que même la méningite purulente très avancée, alors que toutes les autres conditions sont favorables, peut guérir par l'intervention opératoire.

Ces interventions consistent en : 1° *Exécution immédiate de l'opération sur l'oreille, en supprimant le plus complètement possible le foyer morbide de cet organe*; 2° *mise à nu de la dure-mère*; 3° *incision de cette membrane et drainage de la cavité intra-dure-mérienne*; 4° *tamponnement et aspiration des*

liquides à travers l'incision de la dure-mère; 5° ponction lombaire.

Avant de parler de ces interventions, d'examiner leurs indications aux divers moments, démontrer leurs difficultés, nous allons décrire brièvement, au point de vue anatomique et clinique, la méningite otogène.

Anatomiquement parlant, il y a trois groupes principaux :

- 1° La méningite purulente ;
- 2° La — tuberculeuse ;
- 3° La — séreuse.

Ces trois groupes principaux ne sont pas strictement tranchés. D'après ce que l'on voit à l'opération et d'après les résultats des autopsies il est indubitable que la méningite séreuse peut être le stade prodromique d'une méningite tuberculeuse (Alt, Harke) ou purulente (Brieger, Mertens). Il peut s'écouler des semaines et même des mois entre l'apparition des symptômes de la méningite séreuse et ceux de la méningite purulente (tuberculeuse ou non tuberculeuse) [Alexander].

1° La *méningite purulente aiguë* se divise, suivant le siège de la suppuration en : pachyméningite externe et interne, pachyleptoméningite et lepto-méningite. Suivant la localisation et l'extension du processus, il y a encore des subdivisions : pachyméningite purulente interne et l'abcès intra-dural. Sous le nom d'abcès intra-dural, il faut comprendre la collection purulente dans la cavité intra-dure-mérienne en une région circonscrite sans modifications purulentes inflammatoires des méninges elles-mêmes, ce qui crée la différence entre l'abcès intradural et la méningite circonscrite ;

2° Les *méningites tuberculeuses* à point de départ purement otique sont rares. L'examen anatomique montre ordinairement de la suppuration diffuse, des tubercules superficiels et profonds ;

3° Le substratum anatomique de la méningite séreuse n'est pas encore bien démontré par les autopsies. Si, au début, on inclinait à penser que la méningite séreuse était caractérisée par une affection non purulente des méninges sans participation du cerveau (ce qui la distinguerait de l'encéphalite séreuse et de l'œdème cérébral aigu), les résultats de Brieger, Mertens, et récemment le cas de Manassé indiquent clairement que, bien qu'on puisse admettre l'existence d'une affection séreuse isolée du cerveau, la méningite séreuse cependant, s'accompagne habituellement de modifications de la substance cérébrale. Dans la méningite purulente aiguë, du reste, la forme et surtout la virulence des microorganismes ont une importance particulière.

Si nous considérons les diverses formes de méningite sous le rapport de la possibilité d'un traitement chirurgical, nous devons, *a priori*, mettre la méningite tuberculeuse en dehors de toute intervention opératoire. Les stades initiaux de la méningite tuberculeuse évoluent sans symptômes ou du moins ne présentent pas de symptômes qui justifieraient une grave intervention, et seule une intervention grave serait possible. Dans son développement complet, la méningite tuberculeuse otogène ne présente aucune relation topographique avec l'oreille. Dans un assez grand nombre de cas, le rapport entre elle et l'oreille ne peut pas être affirmé avec certitude, même à l'autopsie; les tubercules sont semés sans ordre sur toute la surface du cerveau et très souvent pénètrent même dans la substance cérébrale. Si l'on ajoute que, dans ces cas, alors même que la méningite n'a pas fait beaucoup de progrès, il y a des modifications tuberculeuses d'autres organes, on voit qu'on peut ne pas croire à la possibilité d'influencer favorablement par l'opération, la marche de la méningite tuberculeuse.

Il y a quelques années tout au plus qu'une opinion à peine plus favorable sur l'opérabilité de la méningite purulente diffuse régnait encore, lorsque trois cas guéris par l'intervention (deux de Gradenigo et un de Mac-Ewen) vinrent modifier de fond en comble cette question. De ces trois cas, les deux de Gradenigo sont, d'une façon évidente, des cas de leptoméningite purulente. La preuve qu'il s'agissait d'une inflammation suppurée diffuse, fut, dans les deux cas, fournie par la ponction lombaire. Nous serions entraînés trop loin si nous voulions donner le détail des cas précieux qui suivirent ces travaux (Kümmell, Hinsberg, Lermoyez, Witzel, Bellin).

Hinsberg, dans son dernier travail, rassemble dix cas de méningite, tirés de la littérature, dans lesquels il y eut guérison opératoire et cinq dans lesquels on obtint une amélioration considérable. Il faut laisser, sans y répondre, la question de savoir si dans tous ces cas ou même dans la majorité, il s'agissait de méningite purulente diffuse. Dans certains d'entre eux, on ne fit pas de ponction lombaire et le diagnostic de méningite purulente fut basé uniquement sur l'aspect du liquide sortant par l'incision de la dure-mère. Cette manière d'agir, qui n'est pas certes à l'abri de tout reproche, n'exclut pas la possibilité que, parmi ces cas, il n'y en ait aussi se rapportant à des abcès intraduraux circonscrits. On comprend facilement que ces derniers doivent, au point de vue opératoire, donner un pronostic bien meilleur.

Les méninges elles-mêmes montrent souvent dans les abcès

intra-duraux des modifications très peu marquées de leurs tissus, de sorte que l'opération n'a pour but, à proprement parler, que de faciliter l'évacuation et le drainage de la poche de l'abcès. A la clinique du prof. Politzer, nous avons eu quatre de ces méningites purulentes dans lesquelles le pus fut évacué par l'opération et où la guérison eut lieu. Trois d'entre eux se rapportent à la fosse cérébrale moyenne et un à la fosse postérieure. Ces cas feront sous peu l'objet d'une publication complète.

La *pachyméningite interne* que j'ai observée et traitée chirurgicalement dans une série de cas, ne donne pas un pronostic défavorable, pourvu qu'on n'opère pas trop tard et que l'intervention assure un drainage suffisant du foyer purulent.

La *pachyméningite externe* avec ou sans abcès extradural a été depuis longtemps l'objet de l'intervention; elle est une des complications relativement fréquentes des affections purulentes aiguës et chroniques de l'os temporal. Comme on le sait, elle guérit après suppression suffisante du foyer de suppuration auriculaire.

Les résultats du traitement opératoire de la *méningite séreuse* et de la *méningo-encéphalite séreuse* qui est si voisine de la première, peut-être même identique, ont une très grande importance. Ici, l'extension que nous donnons au concept de la méningite séreuse joue un grand rôle. Si nous nous en tenons strictement à la définition anatomique et que, pour les cas opérés avec succès, nous demandions la preuve anatomique, nous ne rencontrons pas un seul cas suffisamment probant. Dans ces cas où la guérison suit l'intervention, on ne sait rien de certain sur l'étendue du processus et même, dans beaucoup de cas, sur l'état du liquide céphalo-rachidien et des leptoméninges. Par contre, les cas à terminaison défavorable, se présentent, sans exception, à l'autopsie comme des cas de méningite purulente d'origine otique.

D'autre part, il existe un nombre considérable de cas, dans lesquels, en présence de symptômes cliniques de méningite au début ou déjà existante, on a obtenu la guérison par l'intervention opératoire au cours de laquelle on a constaté une congestion, une tension particulière de la dure-mère mise à nu et un liquide céphalo-rachidien normal.

Un facteur plus important pour juger un cas particulier de méningite, s'il s'agit de méningite infectieuse, nous est encore fourni par la virulence des micro-organismes. Il est donc absolument indispensable que dans chaque cas, on examine la virulence des agents pyogènes spécifiques, soit par le contrôle de

l'inoculation aux animaux, soit par d'autres méthodes. Malheureusement on n'a procédé à cet examen que dans un nombre infime des cas publiés jusqu'à aujourd'hui; souvent les agents bactériens n'ont pas été suffisamment différenciés au point de vue morphologique, et même, comme le fait ressortir Körner, tous les cas publiés jusqu'à présent laisseraient croire qu'il n'y a pas eu d'agents pyogènes doués de virulence particulière.

Pour la guérison opératoire, le procédé d'intervention et l'extension du processus sont loin d'être sans importance. Si, tout d'abord, nous mettons en parallèle les cas produits par extension de la suppuration partie de l'oreille vers le cerveau par les voies anatomiques préformées avec ceux dans lesquels des destructions étendues, des abcès osseux ont provoqué l'affection méningée, il est évident qu'au point de vue chirurgical, la méningite qui a son origine dans le deuxième processus sera plus facilement vaincue. Car, lors de la suppression du foyer de suppuration de l'oreille, on met en même temps la dure-mère suffisamment à nu. Au contraire, dans le premier cas, c'est de l'expérience de l'opérateur que dépendra le fait de trouver la région où la méningite a son point de départ. Il suppose des examens très soigneux, très exacts et répétés de l'état fonctionnel de l'organe auditif, surtout de l'appareil percepteur. Cette dernière condition est d'autant plus difficile à remplir complètement que très souvent les malades nous arrivent dans un état de stupeur partielle ou complète, ou tout au moins ils ne sont pas capables de donner les indications indispensables pour un examen fonctionnel exact. On ne peut pas demander d'un malade gravement atteint, alors même qu'il a sa connaissance, l'examen clinique détaillé si important de l'organe statique (canaux demi-circulaires et ampoules vestibulaires). La difficulté est encore augmentée par le fait que, même quand la méningite otogène indique, de façon nette, ses relations anatomiques avec l'organe auditif, il ne s'ensuit pas obligatoirement que l'affection méningée doit être plus prononcée à l'endroit de sortie, c'est-à-dire dans la région de l'oreille du côté malade. Il n'est même pas excessivement rare de trouver des cas dans lesquels la méningite, ayant sûrement une origine labyrinthique, on voit à l'autopsie que le côté opposé du cerveau est bien plus atteint que le côté où siège l'affection de l'oreille; et même, dans quelques cas rares, les méninges du côté malade n'avaient subi aucune altération. C'est surtout parmi ces cas que l'on peut ranger les méningites dans lesquelles la propagation aux enveloppes cérébrales de la suppuration de l'oreille ne s'est pas faite suivant un trajet ana-

tomique que l'on peut suivre, mais comme on le suppose, par le passage des toxines. Ici, la méningite dans son extension anatomique peut présenter une indépendance complète de l'affection de l'oreille, mais il est évident que les chances de succès opératoire diminuent si l'on ne peut pas s'attendre à trouver des relations topographiques des altérations méningées avec l'oreille atteinte ou si ces relations sont incertaines.

Pour l'indication opératoire, il faut séparer strictement les cas de méningite purulente de ceux de méningite séreuse. C'est pour cette raison que le diagnostic doit, d'une manière indispensable, être assuré dans tous les cas par la ponction lombaire. Si l'on voulait, comme le propose Heine, par exemple, renoncer par principe, à la ponction, on se priverait à jamais d'une connaissance exacte des cas opérés.

Dans tous les cas de méningite otogène non purulente, l'opération sur l'oreille et la mise à nu de la dure-mère sont indiquées de façon absolue. S'il n'y a pas de symptômes cliniques qui indiquent comme siège particulier la fosse cérébrale moyenne ou postérieure, il sera bon, à la suite de l'intervention sur l'oreille, de découvrir suffisamment ces deux régions après avoir enlevé aussi complètement que possible le foyer de suppuration de l'oreille et, dans les cas où l'on trouvera la dure-mère modifiée, la ponction ou l'incision de cette membrane sont indiquées. L'ouverture de la dure-mère doit être faite de telle sorte qu'elle permette l'inspection de la surface du cerveau ainsi que le drainage de l'espace intradural au moyen d'un drain très mince ou mieux d'une mèche de gaze (tampons aspirateurs). Si, à la surface de la dure-mère, on a trouvé des modifications inflammatoires purulentes, il faut faire l'ouverture de cette membrane à quelque distance de cet endroit, de façon que la région de l'incision dure-mérienne puisse être mise à l'abri par des bandes de gaze particulières et que le bistouri ne pénètre pas dans l'espace intradural après avoir traversé la dure-mère en état de suppuration.

Si, à l'opération, on a constaté que la surface de la dure-mère ne présente aucune altération; si, en même temps qu'il existe des symptômes cliniques de méningite, il n'y a pas d'augmentation de la pression intracrânienne, on est en droit d'attendre avant d'ouvrir l'espace intradural. L'expérience nous enseigne que, dans un grand nombre de cas de ce genre, les symptômes cérébraux disparaissent sans autre intervention. Ce sont des cas pour lesquels on est obligé d'admettre comme cause des symptômes méningés, une compression exercée sur le cerveau par la région de l'oreille malade, compression qui disparaît par la suppression du foyer morbide auriculaire.

Au début, on a accordé à la *ponction lombaire* une importance particulière sous le rapport du diagnostic et du traitement. Un liquide céphalo-rachidien troublé par du pus et contenant des bactéries, indique à coup sûr une méningite purulente diffuse, à moins que ce ne soit un cas rare, comme celui mentionné par Körner, dans lequel la suppuration méningitique est limitée à une partie du canal rachidien. Dans ce cas, le liquide de la ponction sera aussi purulent, sans qu'il y ait de méningite purulente ou du moins sans qu'elle soit obligatoire. Mais, alors, on voit au bout de très peu de temps, souvent au bout de deux ou trois heures déjà, apparaître dans le tube à essai des caillots centraux qui adhèrent le plus souvent au fond ou à la surface ou sous la surface du liquide (suivant l'espèce des microorganismes). Le coagulum central se compose d'un fin réseau de fibrine qui enserme dans ses mailles un nombre considérable de globules de pus et de microbes. L'examen microscopique fait immédiatement après la prise du liquide donnera toujours, dans ce cas, des renseignements parfaitement clairs.

Il y a une seconde possibilité : c'est qu'on obtient un liquide céphalo-rachidien trouble, qui a l'aspect macroscopique de celui que nous venons de décrire ou un trouble moindre. Si l'on examine le dépôt, on trouve de nombreux globules de pus, mais, pas de microbes. Les caillots se forment habituellement tardivement dans ce liquide, et au bout de vingt-quatre heures, en tous cas, quand on laisse le tube d'essai au repos. Si le liquide, peu trouble, contient des microorganismes, il peut s'agir aussi de méningite purulente circonscrite.

Enfin, dans une troisième hypothèse, on pourrait obtenir, par ponction, un liquide parfaitement limpide, la pression étant ou normale ou augmentée. En face d'un cas de ce genre, nous tenons naturellement à avoir le plus tôt possible l'aide que la ponction nous donne au point de vue du diagnostic, si tant est que la ponction lombaire ait de l'importance pour l'indication opératoire, car dans le traitement chirurgical de la méningite purulente, nous devons toujours avoir devant les yeux, cette règle importante : qu'une fois indiquée, l'intervention doit avoir lieu sans retard et avec la plus grande étendue possible.

Tenons compte de cela et considérons les trois aspects différents du liquide de ponction. Pour la première forme (liquide très troublé, contenant du pus), nous devons nous attendre à ce que l'examen microscopique immédiat nous donne une clarté complète. Dans le deuxième cas (liquide troublé, contenant du pus, avec leucocytes mous et polynucléés, sans microbes décelables

au microscope), le résultat de l'examen microscopique immédiat n'est pas absolument univoque. Si, dans la préparation microscopique, on trouve des bactéries, le cas doit, très vraisemblablement, rentrer dans le premier groupe, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une méningite purulente diffuse. Si, dans la préparation, il n'y a pas de microbes, il peut s'agir d'abord de méningite tuberculeuse, laquelle ne montrera de bacilles de Kock, quoique en petit nombre, qu'au bout de plusieurs heures de coloration des pièces. Ajoutons encore à cela qu'il y a des cas, dans lesquels beaucoup d'auteurs n'ont pu trouver des bacilles de Koch dans le liquide de ponction, bien qu'il se fût agi de méningite tuberculeuse confirmée et démontrée à l'autopsie.

Si, d'autre part, le liquide ne contient pas effectivement de microbes, il peut s'agir d'une méningite purulente circonscrite ou d'un abcès du cerveau, ou encore d'un abcès extradural étendu ou enfin d'une suppuration du labyrinthe.

A ces trois contingences principales viennent encore s'ajouter des cas exceptionnels qui sont mis en lumière par des observations qu'on trouve dans la littérature. Tel est le cas de Brieger : liquide de ponction purulent contenant des bactéries dans un cas d'abcès du lobe temporal ayant pénétré dans le ventricule. Wolf et Ruprecht ont trouvé dans le liquide de ponction dans l'abcès du cerveau, des leucocytes mono et polynucléés et à noyau lobulé, sans qu'il y eût de microbes. Au cours de ces deux dernières années, il nous a été donné de pouvoir examiner quatre cas (deux abcès du lobe temporal et deux abcès du cervelet) dans lesquels, l'abcès cérébral ne présentant pas de complications, le liquide de ponction présentait le même caractère. Nous devons laisser sans y répondre la question de savoir si nous devons recourir à l'explication que Ruprecht donne pour son cas et celui de Wolf : qu'il s'agissait d'abcès qui s'étendent jusqu'au voisinage immédiat de l'épendyme ventriculaire. En tous cas, il s'agit d'une inflammation de réaction des membranes du cerveau, inflammation quelquefois faible et, peut-être, limitée à la région méningée de l'abcès. S'il s'agit d'abcès volumineux, l'état des choses pourrait être due à une encéphalite purulente superficielle qui précède presque toujours la perforation de l'abcès, possibilité dont Manassé vient de donner récemment un exemple typique. Si, enfin, le liquide de ponction est limpide, c'est-à-dire sans leucocytes et sans bactéries, il peut exister une méningite purulente circonscrite ou une méningite tuberculeuse, ou bien les méninges peuvent être en bon état.

De ce que nous venons d'exposer il ressort, que pour l'indi-

cation opératoire, il ne faut pas attacher une trop grande importance au résultat macro et microscopique de la ponction lombaire, pas plus que pour le diagnostic. Les cas cités dans la littérature, l'expérience acquise pendant ces dernières années à la clinique otologique de l'Université de Vienne (Prof. Politzer) montrent que tout cas est opérable tant que l'état des forces du patient le permet. Sous ce rapport-là, nous ne dépendons pas de la ponction lombaire et il faut, avant tout, repousser l'opinion de quelques auteurs qui prétendent qu'il ne faut pas intervenir quand le liquide céphalo-rachidien est trouble ou qu'il est trouble et contient des microbes. Cette indication renfermerait, en effet, un double danger : d'abord dans le cas spécial, il pourrait s'agir d'une méningite qui aurait pu guérir par l'opération. Le second danger, beaucoup plus grand, est que, avec cette manière de poser les indications, l'opérateur, dans certains cas, serait détourné d'attaquer chirurgicalement un abcès du cerveau parce qu'éventuellement la ponction lombaire fournissant un résultat simulant celui d'une méningite, ferait regarder le cas comme inopérable.

Quand tous les autres symptômes de méningite existent, le mode opératoire ne sera pas modifié par l'état du liquide céphalo-rachidien. Les symptômes cliniques de la méningite justifient, pour tous les cas, après exécution de l'intervention sur l'oreille, la mise à nu de la dure-mère ; bien plus, le fait de trouver un liquide céphalo-rachidien normal doit être justement un motif déterminant d'opérer, car, il pourrait s'agir du stade initial d'une méningite lequel pour cette raison serait plus susceptible d'être modifié par l'intervention. Dans trente-cinq ponctions lombaires que j'ai faites moi-même et dans quatorze autres, nous n'avons jamais eu d'accidents. Certainement, dans les cas dont nous parlons, la ponction n'offre pas les mêmes dangers que dans les tumeurs cérébrales. Les accidents vus par d'autres chirurgiens ne peuvent, dans aucun cas, être mis avec raison pleine et entière et sans objection sur le compte de la ponction ; cependant, ils doivent nous servir de leçon et nous inviter à la prudence.

Plusieurs auteurs ont proposé la *ponction lombaire comme intervention thérapeutique* dans les méningites d'origine otique ; elle a été faite avec succès dans quelques cas. Quand on la pratique dans ce but, on la fera à intervalles de trois à huit jours et on enlèvera chaque fois une quantité de liquide allant de 5 à 20 centimètres cubes. Nous n'avons vu aucun cas dans lequel les ponctions répétées ait produit un résultat favorable indiscutable sur le processus cérébral ; par contre, nous avons observé

souvent une amélioration passagère, surtout de l'état général, de la conscience et de l'activité cardiaque. Les cas de prétendues méningites séreuses qu'on trouve dans la littérature et qui auraient été guéris par des ponctions répétées, rappellent bien par leurs symptômes et leur marche, les cas de suppuration de l'oreille avec phénomènes méningitiques dans lesquels après l'opération sur l'oreille, suppression du foyer purulent local, mise à nu de la dure-mère, sans ponctions lombaires, on a vu survenir une amélioration progressive, disparition des troubles et enfin la guérison. Pour les affections méningitiques qui ne sont point d'origine otique, dans lesquelles il s'agit d'une affection diffuse dès le début ou bien quand le foyer morbide n'est pas accessible à l'intervention, on peut avoir recours à la ponction lombaire comme moyen thérapeutique, mais, dans les processus d'origine otique, il faudra toujours donner la préférence au traitement chirurgical local et au prélèvement local de liquide céphalo-rachidien dans les parties du crâne qui sont topographiquement les plus voisines de l'oreille.

Des expériences ultérieures nous enseigneront quelle valeur thérapeutique on doit accorder à la laminectomie que Friedrich a proposée pour les cas non suppurés.

On considère comme abandonnée depuis longtemps l'opinion qu'il ne faut pas opérer dans la méningite purulente lorsque le liquide de la ponction n'est pas normal. Mais, on a montré que par ce raisonnement, on court le risque de ne pas opérer une labyrinthite suppurée ou un abcès du cerveau, car ces affections peuvent fournir un liquide identique et être accompagnées des symptômes de la méningite purulente; on n'a plus le droit aujourd'hui, avec l'expérience acquise, de la laisser sans l'opérer. L'opinion contraire, qu'il faut opérer quelque soit le résultat de la ponction lombaire, doit être considérée comme l'extrême opposé.

Le mauvais état général du malade sera la seule contre-indication à l'opération; on renoncera à l'intervention quand la déchéance physique sera très avancée. La perte de connaissance, la raideur de la nuque ne sont pas des contre-indications, c'est ce que montrent les nombreux cas, où, après l'intervention il y eut, non pas guérison, mais, retour des malades, pour quelque temps, à la conscience et à un état assez bon. Dans la méningite purulente, l'opération consistera en intervention complète sur l'oreille et large mise à nu de la dure-mère. Puis, on ouvrira l'espace sous-dural; l'incision devra être faite de telle sorte qu'elle permette un bon drainage. Pour y arriver, on devra lui donner des dimensions assez grandes (1 cm. 1/2 à 5 cent.).

Il est tout indiqué, dans la méningite purulente, de pratiquer l'incision de la dure-mère à l'endroit où les phénomènes pathologiques semblent le plus avancés ; c'est la région qui, en règle générale, est la plus voisine du foyer morbide du rocher. Pour mieux pratiquer le drainage, on a proposé de faire des contre-ouvertures : deux cas de méningite purulente qui ont été opérés de cette façon à la clinique Politzer, dans lesquels on fit une incision à la dure-mère dans la fosse cérébrale moyenne au niveau du tegmen et de l'antre et une contre-ouverture dans la fosse postérieure derrière le sinus, ont montré du moins qu'on réussit ainsi à faire le drainage mieux que par une ouverture unique.

Enfin, nous devons mentionner ici la proposition de Friedrich d'intervenir dans la méningite purulente par une laminectomie ; cependant, Friedrich, lui-même n'a pas grand espoir dans cette opération pour la méningite purulente, mais il en a davantage pour la méningite circonscrite.

Au dernier Congrès international d'otologie à Bordeaux, plusieurs auteurs ont démontré, lors de la discussion, la nécessité de faire le drainage autant que possible aux régions les plus profondes (Kümmell).

On ne peut pas reconnaître avec certitude en examinant la littérature, si la ponction de la cavité intra-durale a la même valeur, pour quelques cas au moins, que l'évacuation de liquide céphalo-rachidien par une incision. Ici, comme dans beaucoup d'autres questions de détail, la littérature ne peut pas nous fixer, parce qu'il ne s'agit pas de cas nombreux et que les cas viennent de sources très différentes. Mais, si nous nous appuyons sur le matériel considérable, examiné et observé d'une façon régulière, qui provient de la clinique Politzer, nous voyons qu'il faut indubitablement donner la préférence à l'incision sur la ponction et l'aspiration avec la seringue. L'aspiration de liquide céphalo-rachidien avec la seringue ne pourra se faire que pour obtenir de manière parfaite, avant l'incision, du liquide destiné à l'examen bactériologique. D'après le même matériel d'observations, il faut se refuser, de façon certaine, à vouloir guérir la méningite d'origine otique par l'expectation ou par des tentatives éventuelles de ponctions lombaires répétées. Nous devons toujours avoir présent à l'esprit que si une intervention locale doit donner un résultat, elle doit être pratiquée de la façon la plus large et le plus tôt possible. Par conséquent, il faut condamner absolument la manière de faire suivant laquelle, en présence de symptômes méningitiques, on attend, même pour faire l'opéra-

tion sur l'oreille, et on pratique avant une ponction lombaire. Dans les stades initiaux de la méningite otogène, alors qu'il y a des modifications purulentes à la face externe de la dure-mère, il peut être assez dangereux d'inciser cette région. Dans ce cas, nous parons au danger en faisant l'incision sur une partie de la dure-mère qui ne soit pas trop éloignée de la région atteinte de l'oreille et qui ne présente pas de modifications, du moins macroscopiques et de là nous pénétrons dans l'espace intradural. Nous avons observé sur une série de cas, et nous pouvons confirmer sur ce point les bons résultats de Manassé, qu'après l'incision de la dure-mère, le tamponnement, des pansements fréquents avec drainage au moyen de bandes de gaze ou de tubes très fins, le drainage peut se faire parfaitement.

Parfois, on a une conséquence désagréable de la mise à nu du cerveau; la hernie de la substance cérébrale. Cependant nous pouvons dire que des incisions relativement longues de la dure-mère (3-4 cent. sur 1 cent. de largeur) sont assez bien supportées sans qu'il y ait hernie. Du reste, la formation de la hernie dépend de l'encéphalite existante et de l'œdème cérébral. Cependant, le prolapsus du cerveau n'est pas en lui-même une complication grave du cas. Les hernies, si fréquentes après l'opération de l'abcès du cerveau, démontrent bien que leur disparition peut être parfois complète et que dans d'autres cas, elles s'effacent après élimination de la partie la plus périphérique, ischémisée.

Enfin, dans la méningite purulente, on a pratiqué la mise à nu du cerveau sur une large étendue et l'ablation des parties cérébrales superficielles malades (Haberer). Dans les cas d'origine otique, quand la suppuration a fait des progrès et qu'il y a déjà de l'encéphalite superficielle, on pourrait songer à cette intervention. Le cas de méningite séreuse avec encéphalite superficielle certaine, rapporté dernièrement par Manassé, permet de penser que dans des cas semblables et aussi dans les stades de début de la méningite purulente on pourrait intervenir chirurgicalement sur la surface du cerveau, c'est-à-dire, enlever les membranes et les couches avoisinantes de l'écorce.

L'expérience clinique nous démontre que l'ouverture exploratrice de la cavité crânienne à la suite de l'opération sur l'oreille n'est pas une intervention dangereuse, en supposant qu'on observe l'asepsie la plus stricte; elle nous enseigne aussi qu'une attente prolongée est de beaucoup plus dangereuse pour le malade que l'ouverture précoce. Pour cette question, il faudrait des expériences exactes sur les animaux, surtout pour savoir quel est le rôle joué par la virulence des agents pathogènes et

pour connaître aussi les différences qui peuvent exister entre les suppurations aiguës et chroniques de l'oreille. Les cas connus jusqu'à aujourd'hui peuvent à peine servir de guide, pour l'avenir, pour l'ablation des membranes du cerveau et de la surface cérébrale. Les cas cliniques restent forcément obscurs, car, on a toujours recours à ces interventions dans des cas de méningite très avancée, c'est-à-dire dans des cas à pronostic déjà défavorable. Ici, aussi, l'expérimentation sur les animaux pourrait nous fournir des données utiles.

Nous attribuons encore de l'importance à la mise à nu immédiate de la dure-mère après l'exécution de l'opération sur l'oreille, on peut ainsi plus tard, si on le juge utile, faire l'incision de la dure-mère sans exposer le malade à un nouveau traumatisme osseux. Dans la première opération sur l'oreille il faut intervenir sur l'os en l'ébranlant le moins possible : pour cela, il faut avoir des ciseaux très effilés et, si le cas le réclame ou si on le peut, employer avec précaution, la pince-gouge et la fraise.

Il est impossible de prédire d'après les cas que nous possédons et d'après les points de vue cliniques et opératoires auxquels on est arrivé, quel sera l'avenir du traitement chirurgical méthodique de la méningite purulente d'origine otique. Nous-mêmes, en présence de l'aspect fourni par l'autopsie du cerveau, alors qu'il y a un exsudat plastique abondant, pénétrant jusque dans les plus délicates scissures de cet organe, nous désespérons du succès, et, cependant à chaque cas nouveau nous intervenons avec l'espoir enfin d'obtenir un résultat favorable. Il est certain qu'au fur et à mesure que le diagnostic des maladies du labyrinthe deviendra plus précis, les indications de l'ouverture de la cavité intradurale s'amélioreront; la voie sera ainsi ouverte à l'intervention faite à temps; l'augmentation du nombre des cas doit nous faire espérer une amélioration de la technique et, qui sait? des points de vue complètement nouveaux pour toute la marche de l'opération.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

IV

DEUX CAS D'OSTÉOMYELITE

DES

OS PLATS DU CRANE

CONSÉCUTIFS A DES SUPPURATIONS DE L'OREILLE

Par **GUISEZ** (de Paris),

Ancien interne et chef des travaux d'oto-laryngologie
à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION I. — La nommée L. M., âgée de 54 ans, habitant Laon, se présente à la consultation de Necker, en novembre 1902, amenée par un interne en pharmacie; elle se plaint de violentes douleurs dans la tête, consécutives, dit-elle, à un abcès de l'oreille.

La malade a l'air abattu, son faciès exprime la souffrance, les joues sont très colorées, mais les conjonctives sont jaunes; elle semble être sous le coup d'une profonde intoxication. Notre attention est tout de suite attirée du côté de l'oreille par un écoulement de pus fétide qui sort d'une façon continue du conduit auditif externe, et aussi par ce fait que le pavillon de l'oreille semble abaissé, décollé, et tuméfié. L'examen de la région auriculaire révèle un gonflement généralisé, s'étendant en haut, dans toute la fosse temporale; en bas, débordant la mastoïde et, en arrière, rejoignant la ligne médiane à travers la fosse occipitale. Toute cette région est œdématisée, la palpation est douloureuse dans toute la région postérieure à l'oreille. L'œdème garde facilement l'empreinte du doigt, mais nulle part on ne constate de fluctuation nette. La paroi postéro-supérieure du conduit est abaissée, la peau en est détruite. Le stylet gratte sur de l'os dénudé dans toute la partie correspondante; le fond de l'oreille est bourgeonnant. En arrière, le massif du facial est nécrosé dans toute son étendue.

Cette suppuration de l'oreille, au dire de la malade, remonte à deux ans.

Après une assez longue période douloureuse de début, sans qu'on ait remarqué aucun écoulement par l'oreille, la suppuration s'est installée assez abondante du jour même où elle s'est déclarée. La malade a été jusqu'à maintenant soignée par des calmants introduits dans le conduit auditif et l'administration d'antipyrine, phénacétine à l'intérieur. Des lavages à l'eau boricuée du conduit ont été simplement faits depuis cinq à six mois.

Depuis un mois, recrudescence des douleurs et de l'écoulement. La céphalée est très vive, empêchant tout sommeil.

L'état général est mauvais depuis cette époque, l'appétit presque nul et l'amaigrissement notable.

La fièvre est modérée, 38° 5, le soir.

A aucun moment il n'y a eu de frissons, ni de vertiges.

Examen de l'audition :

Montre = collée.

Diapason à 3 cm.

Weber latéralisé.

Rinne négatif.

Première opération le 12 décembre 1903, chez les sœurs Oblates, rue de Sèvres. Large incision rétro-auriculaire qui amène sur de l'os nécrosé, carié et l'issue de liquide sanieux très fétide. Trépanation mastoïdienne et évidemment pétro-mastoïdien. Lésion d'ostéite très étendue. L'os est mou et friable et se laisse enlever très facilement à la simple curette tranchante. Évidemment mastoïdien complet jusqu'à la pointe qui est celluleuse et infiltrée par le pus. Le sinus est dénudé sur un centimètre. Sa paroi est saine et bat normalement. Le massif osseux du facial se désagrège sous l'action de la curette et de la pince-gouge et le nerf se trouve mis à nu sur une grande partie de son trajet.

Les lésions osseuses s'étendent très loin en arrière, où nous empiétons sur l'occipital et le pariétal. Après l'intervention, la plaie qui est très étendue et très profonde est tamponnée de gaze iodoformée. d'une manière peu serrée pour ne pas comprimer le nerf facial mis à nu.

Température le soir de l'opération 37° 5.

Un peu de déviation des traits le soir même de l'opération. Le lendemain, paralysie faciale incomplète qui va s'accroissant les jours suivants. La plaie, qui présentait assez bon aspect aussitôt l'opération, est maintenant fongueuse et bourgeonnante.

Malgré les pansements quotidiens et les bains prolongés d'eau oxygénée, les attouchements de chlorure de zinc, la suppuration est très abondante. L'état général est mauvais; albumine 1,50.

La plaie n'ayant aucune tendance à la cicatrisation et les pansements étant très difficiles à maintenir propres, un énorme phlegmon du cou et de la nuque étant survenu, nous conseillons à la malade d'entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître, le docteur Lermoyez.

Réopération le 5 mars 1903. Curettage de fongosités de la plaie. Ablation d'esquilles très volumineuses, de séquestres vers la région postérieure et en haut, venant du pariétal, et en avant, venant des restes de l'écaille temporal et de l'arcade orbitaire du frontal. La boîte orbitaire elle-même est nécrosée et se détache par esquilles que l'on reconnaît à leur minceur et à leur forme toute spéciale. Le globe oculaire est mis à nu dans toute sa partie externe. En partant du sinus, on enlève une bonne moitié de l'occipital et on ouvre largement le foyer cervical. Dans la profondeur, on est forcément limité

par les gros vaisseaux et les paquets vasculo-nerveux qui descendent vers le cou. Mais nous avons la conscience de laisser dans l'épaisseur du rocher des masses osseuses fongueuses ramollies.

Si les premiers jours qui suivent cette large intervention il semble qu'il y ait une légère amélioration, l'amélioration ne tarde pas à reprendre le dessus. La plaie redevient sanieuse.

Huit jours après l'opération, nouvelle élimination de séquestre venant du rocher.

Spray phéniqué et deux bains d'eau oxygénée par jour.

Nouvelle intervention, le 16 mai 1903, sous chloroforme. Curettage de la plaie; large incision en arrière et en haut qui nous permet d'arriver sur l'occipital et le pariétal et d'enlever les os malades à la pince-gouge. Nous sommes amenés par les lésions à dépasser la ligne médiane en arrière, empiétant sur la moitié droite de l'occipital. La dure-mère sous-jacente est fongueuse, grisâtre, épaissie. Curettage de la fistule orbitaire. Ouverture d'un très gros phlegmon de la partie supérieure du cou. Dans la profondeur, le doigt arrive directement sur la carotide et les gros vaisseaux du cou.

Dans les jours qui suivent cette dernière intervention, la suppuration est extrêmement abondante et le pansement est changé deux fois par jour.

Les vertiges, empêchant même la station assise, surviennent vers le 20 mai, accompagnés de nausées et quelquefois de vomissements. On note de l'exophtalmie de l'œil gauche qui n'a pour ainsi dire plus de soutien osseux du côté de l'orbite.

Apparition de phénomènes bronchopulmonaires avec expectoration sanio-purulente, dont la fétidité rappelle celle de la plaie, et la mort survient le 29 mai dans l'adynamie et même l'hypothermie. 35°8.

Autopsie. — Les vaisseaux des enveloppes, au niveau de la convexité, sont turgescents. Le cerveau se décortique facilement et la masse cérébrale oedémateuse s'affaisse sur la table d'autopsie.

Le liquide ventriculaire est abondant et de couleur louche. La dure-mère est fongueuse au niveau de la fosse temporale et au niveau de la base à gauche, et de la tente du cervelet; elle est épaisse et mesure 0,02 à 1 cent. En coupant le cervelet on découvre un abcès de la grosseur d'une amande, près du bord antérieur, juste en dehors du *flocculus*.

Quelques coups de ciseau sur le rocher, du côté gauche, amènent sa dislocation et font découvrir des foyers d'ostéite dans tous les sens: en arrière vers la fosse temporale, en dedans jusqu'au voisinage du sinus caverneux, en avant vers la fosse frontale. A ce niveau, la voûte orbitaire est détruite et on note un foyer d'aspect gangréneux en contact avec le globe oculaire. Les nerfs moteurs de l'œil sont intacts.

Les poumons sont très adhérents aux deux bases, congestionnés. A la section, écoulement de pus crémeux, jaunâtre. Des deux côtés, foyers de bronchopneumonie. Lésions plus marquées à droite.

Le cœur est de petit volume, sans lésions apparentes.

OBSERVATION II. — La nommée S..., mécanicienne, âgée de 36 ans, demeurant, 65, rue N.-D. de Nazareth, se présente le 11 mai 1904 à la consultation de l'Hôtel-Dieu, se plaignant de très vives douleurs dans tout le côté droit de la tête, empêchant tout sommeil. Cet état persiste depuis quatre mois. A cette époque, et sans aucune autre cause apparente qu'un léger refroidissement, la malade a ressenti d'assez vives douleurs du côté de l'oreille. Sa surdité presque complète s'est manifestée tout aussitôt de ce côté. Un léger écoulement purulent est survenu et les phénomènes douloureux ont paru s'amender et cesser même pendant trois ou quatre jours, puis, bientôt, les douleurs de tête reparurent à droite tout aussi vives et même plus étendues que la première fois.

Elle vint consulter à la Salpêtrière, où le docteur R. D... l'admit dans son service et la soigna pour des troubles neurasthéniques. L'examen de l'oreille n'avait toujours point été fait, bien que la surdité fût complète en ce moment. Ce n'est que quelques jours après que, sous la forme d'un gonflement derrière l'oreille, que la malade vint d'elle-même à la consultation pour se faire examiner.

Le pavillon de l'oreille est un peu écarté et celle-ci regarde vers le bas; il existe en arrière une tuméfaction dont le processus est plutôt au-dessus du pavillon.

A la palpation, la pointe de la mastoïde est facilement sentie, la peau est à peine œdémateuse à son niveau.

L'œdème est très net, garde l'empreinte du doigt un peu plus haut, et l'on perçoit de la fluctuation dans toute la région sus-auriculaire. La région antrale est douloureuse.

La paroi supérieure du conduit est déprimée et refoulée en bas et en avant.

Le tympan est rouge, bombé, et ne présente pas de perforation; il n'y a pas de pus dans le conduit.

Surdité complète.

Weber latéralisé à droite. { Montre O.

Rinne négatif.

{ Diapason aérien O.

L'état général est bon; la mine est cependant fatiguée.

Opération le 13 mai 1904. Incision rétroauriculaire remontant très haut, donne issue immédiatement à une cuiller de pus jaune, crémeux, venant d'une poche qui, dans la fosse temporale, soulève le muscle et le rejette en dehors. Lorsque ce pus est évacué, on sent très bien vers le haut l'os carié sur lequel les instruments grattent facilement.

Trépanation de l'antre qui est trouvé très peu altéré. Évidemment mastoïdien jusqu'à la pointe qui ne nous fait constater que quelques cellules purulentes.

Nous reportant vers le haut, nous faisons sauter à la pince-gouge une partie de l'écaille temporale qui nous apparaît, du reste, comme cariée, nécrosée sur trois ou quatre centimètres. La dure-mère est fongueuse en plusieurs points, présente une coloration grisâtre en

cet endroit. En un endroit vers la partie postérieure de l'écaille du temporal, nous constatons la présence de quelques cellules purulentes. Nous enlevons à la pince-gouge grand environ comme une pièce de deux francs et nous nous arrêtons lorsque nous pensons être arrivés à la limite de l'os malade.

Pansement à la gaze iodoformée. Pas de température les jours suivants. Céphalée disparue depuis l'acte opératoire. Premier pansement le sixième jour, puis pansements réguliers tous les deux jours. Au bout de trois semaines de pansement, devant la réapparition de douleurs du côté de la nuque, de l'aspect fongueux et bourgeonnant de la plaie, de la suppuration assez abondante de ce fait que le stylet introduit dans la plaie arrive en arrière sur de l'os dénudé, nous proposons à la malade une intervention complémentaire sous chloroforme. Elle s'y refuse et nous ne pouvons lui faire qu'un léger curettage de la plaie sous cocaïne qui n'amène qu'une sorte d'amélioration trompeuse.

Ce n'est qu'en octobre 1904 qu'elle consent, devant la persistance d'une fistule purulente en arrière du conduit, à subir une nouvelle opération.

Deuxième opération le 14 octobre 1904, sous chloroforme. Incision en se servant de la première, puis, en suivant la fistule et pour la mieux découvrir, nous traçons une deuxième incision perpendiculaire à la première; nous mettons de nouveau l'ancre à découvert, sans trop chercher de ce côté, mais, pour nous donner un point de repère. Nous portant en arrière en suivant le trajet fistuleux, guidé par notre stylet, nous arrivons sur un foyer d'ostéite qui semble couvrir la partie postérieure de l'écaille du temporal et empiéter sur l'occipital. Ablation la plus large possible des parties malades, à la curette et à la pince-gouge. La dure-mère sous-jacente n'est point altérée. Nous cherchons dans toutes les directions s'il ne reste point de foyer malade, nous ne trouvons rien de particulier. Tamponnement. La plaie est laissée largement ouverte.

Pansement quotidien. Plaie marche régulièrement vers la guérison qui se fait en trois semaines et qui s'est maintenue définitivement depuis. Mais la surdité persiste à peu près complète avec quelques bourdonnements du côté opéré.

Nous avons jugé bon de réunir sous un même titre ces deux observations parce que dans les deux cas on note, dans le processus d'ostéite, la même tendance à l'envahissement successif des os du crâne.

Toutefois, ces deux observations sont tout à fait dissemblables par le pronostic, l'évolution de la suppuration. Mais il s'agit dans chacune d'elles d'ostéomyélite consécutive à une mastoïdite.

Il nous a été donné de suivre chez ces deux malades les deux extrêmes par la gravité et l'étendue des lésions.

Chez S..., opérée à l'Hôtel-Dieu en mai 1904, l'ostéite a

envahi l'écaïlle du temporal et la partie tout antérieure de l'occipital. Il a suffi d'ouvrir et de drainer largement le foyer, d'enlever tous les points nécrosés pour voir la guérison survenir d'une façon complète.

Dans le cas de L..., au contraire, il a fallu, par des interventions successives, rechercher les séquestres et poursuivre les lésions dans la moitié correspondante de la tête. On a été obligé ainsi d'enlever successivement toute la mastoïde, une partie du rocher, l'écaïlle du temporal, plus de la moitié de l'occipital et du frontal, avec l'apophyse orbitaire, la voûte orbitaire, et une portion du pariétal. Dans l'intervalle de ces opérations et lors des pansements faits aussi aseptiquement que possible, jamais nous n'avons vu la plaie avoir bon aspect et marcher vers un bourgeonnement utile et la cicatrisation. Malgré le spray oxygéné et phéniqué, la suppuration a toujours été abondante, et le pus a toujours été d'une grande fétidité. Et cependant, en particulier, lors de la dernière intervention, nous avons été aussi large que possible, ne ménageant rien pour arriver à la limite du mal.

Dans la profondeur, du côté du rocher, nous avons été forcément limité par le voisinage de gros vaisseaux et l'oreille interne. Lors de l'autopsie, la portion restante du rocher a été trouvée nécrosée, fongueuse. Sans aucun doute, c'est de là qu'est partie l'infection finale qui devait emporter la malade.

Vers la voûte, nous ne nous sommes arrêté à chaque opération que vis-à-vis de l'os d'apparence sain, et cependant les lésions osseuses ont continué à évoluer de ce côté aussi. Peut-être, en creusant dans l'os, ainsi que le conseille Schilling, des tranchées protectrices bien au delà de l'os malade, aurions-nous pu enrayer le processus vers la voûte, mais, du côté du rocher, il était impossible de recourir à pareille méthode. Le mauvais état général, l'albuminurie (1 gr. 50 par jour) vers la fin, peuvent expliquer le peu de tendance à la réparation des tissus chez cette malade; mais ce mauvais état n'était-il pas plutôt une conséquence de l'ostéomyélite généralisée et des phénomènes toxico-infectieux qui en dérivait.

Dans des cas semblables, nous pensons que la virulence spéciale du microbe pathogène doit être incriminée avant tout autre cause. L'abondance de la suppuration, son odeur très fétide résistant aux interventions et à l'antisepsie, nous en semblent la preuve.

Maintenant, quel rôle a joué l'abcès du cervelet dans la genèse des accidents observés? A-t-il eu, ainsi qu'on le constate

souvent de par semblable lésion, une action sur la dénutrition des os et le mauvais état général de la malade ! Nous ne le croyons pas.

Tout d'abord cet abcès était de petites dimensions, et il est impossible, étant donné son volume, qu'il ait eu quelque influence de ce fait. En outre, les symptômes vertigineux, nausées et vomissements, n'ont apparu que très tardivement. Tout porte donc à croire qu'il s'agit là d'une localisation tout à fait secondaire et consécutive aux lésions périencéphaliques. L'infection du rocher a gagné facilement la tente du cervelet et la substance cérébelleuse proprement dite, grâce aux nombreuses connexions vasculaires qui unissent ces différents organes.

Il y a cependant dans l'histoire clinique de ces deux malades un certain nombre de points à rapprocher.

Dans les deux cas, le début a été très aigu ; l'écoulement a présenté peu d'importance pendant très longtemps ; il semble, étant données les douleurs très vives qui ont accompagné toute la période de début, que le tympan se soit perforé difficilement et ait favorisé la rétention et la propagation de l'infection vers la profondeur.

A l'opération, le tissu osseux, chez ces deux malades, présentait une consistance tout à fait spéciale ; il était mou, friable, s'entamant facilement à la pince-gouge, et cela tout particulièrement dans le cas de L..., c'est-à-dire dans le cas le plus grave où l'os devait présenter le maximum d'altérations ou de prédispositions à se laisser envahir par l'ostéite. Il semble qu'il y ait eu là une structure spéciale du diploé qui permette l'évolution facile de lésions de proche en proche.

La dure-mère, dans les deux cas, était fongueuse, grisâtre, dans toute l'étendue sous-jacente aux os malades. Elle était donc atteinte pour sa part par le processus qui s'était attaqué à l'os. Grâce à la disposition spéciale des sutures, aux connexions vasculaires des os entre eux, grâce aux membranes sous-jacentes et à la structure si spéciale du diploé, les faits d'ostéomyélite secondaires des os du crâne (pariétal, occipital, temporal) voisins de la mastoïde, ne doivent pas être très rares, témoins les cas réunis ou observés récemment par Schilling, Luc, Laurens. Mais ce qui l'est plus, ce sont ces faits d'ostéomyélite à forme et à marche tout à fait envahissantes, que rien ne peut arrêter, ni les désinfectants les plus énergiques, ni les interventions les plus larges. C'est ce qui nous a été donné d'observer dans le cas que nous avons relaté plus haut.

La gravité vient surtout, nous semble-t-il, dans ces cas de

l'envahissement du rocher. C'est sur cet os que l'on agit le plus difficilement à cause des organes importants qu'il renferme et qui, forcément, limitent l'intervention de ce côté.

Le rocher doit être rapidement pris, et c'est de lui que proviennent, lorsque la mastoïde a été enlevée en totalité, ces fusées purulentes vers le cou que l'on note dans la plupart des observations.

Il semble même qu'il y ait là un élément de pronostic. En parcourant les observations analogues, ce fait nous a frappé que, chaque fois que le pus fuse avec facilité vers le cou, c'est-à-dire que le rocher semble atteint profondément, le pronostic est fatal, quoi qu'on fasse.

Nous arrêterons là ces quelques remarques à propos de ces deux observations, nous réservant de nous étendre plus longuement sur cette question à propos d'un travail que nous devons présenter à la Société française de laryngologie, en mai 1906.

COMMENT EMPÊCHER LA SUPPURATION AIGÜE DE L'OREILLE MOYENNE DE DEVENIR CHRONIQUE ?

Par **Ernest WAGGETT**, chirurgien du London Throat Hospital.

Lorsqu'on m'a fait l'honneur de me demander d'ouvrir la discussion, j'avais décidé de ne pas faire une revue complète du sujet, mais, bien plutôt de mentionner certains points qui me semblent avoir une importance pratique particulière, sans me laisser entraîner à des considérations de nature théorique et sans m'occuper de faits que j'aurais connus de seconde main.

L'acuité d'une inflammation de l'oreille ou d'une autre région est en elle-même une preuve de la résistance vigoureuse que les tissus opposent à une influence qui les attaque, et l'issue normale de l'otite moyenne est : victoire des tissus, résolution, et guérison. Quand ce but n'est pas atteint et qu'il survient une suppuration chronique, nous devons en chercher l'explication dans certaines circonstances accidentelles. Bien qu'on puisse dire qu'une otite aiguë devienne chronique et que la suppuration chronique commence par une atteinte aiguë, il serait plus correct de décrire la suppuration chronique comme une affection tout à fait nouvelle, reliée, mais d'une manière accidentelle seulement, à l'atteinte aiguë originelle. Cette discussion a pour objet de s'occuper de la nature, du diagnostic de ces accidents et de la manière de les prévenir.

*
**

Pendant les quelques semaines qui viennent de s'écouler, j'ai interrogé bon nombre de mes amis et je ne suis pas étonné de voir que les résultats de leur expérience concordent avec les miens. Si je parcours mon livre de notes, je ne puis trouver un seul cas dans lequel une otorrhée chronique fut consécutive à une atteinte aiguë, pourvu que ces cas aient été soumis à mon observation dès le début de l'affection, alors que dans certains cas, observés à la dernière période d'une affection aiguë, et suivant une marche moins favorable, les éléments de chronicité

existaient déjà; c'étaient, pour parler exactement, des cas de bonne heure chroniques.

Je n'ai pas eu la chance de pouvoir traiter des cas de scarlatine à la période aiguë; je ne doute pas que l'expérience des médecins des hôpitaux de fiévreux ne soit tout à fait différente de la mienne.

Le facteur étiologique essentiel, dans n'importe quel cas d'otorrhée chronique, rentre dans une des rubriques suivantes :

1° Invasion des tissus de l'oreille par un néoplasme, ou par un tissu granuleux inflammatoire de faible vitalité, tel que celui de la tuberculose. Puisque la tuberculose de l'oreille ne débute pas en réalité par une atteinte aiguë, nous pouvons laisser ce cas en dehors de la discussion.

2° Réinfection constante ou répétée de la cavité de l'oreille, soit par le conduit à travers une perforation, soit par le nasopharynx par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

3° Existence d'ulcérations dans des recoins desquels le pus ne peut jamais être complètement enlevé par le drainage et où les éléments solides du pus se déposent et s'accumulent.

4° Carie ou nécrose de l'os, c'est-à-dire envahissement des canaux de Havers par des microbes.

5° Cholestéatome ou existence d'une membrane de « doublure » non adaptée à une cavité à peu près close, car les produits de sa croissance ne peuvent être éliminés et cette accumulation provoque certains accidents dangereux.

Quand nous voulons déterminer le mode de traitement d'une otite aiguë, nous devons nous rappeler trois points principaux :

1° Nous devons nous occuper d'aider et de favoriser l'inflammation tant que l'on peut la regarder comme une réaction bienfaisante à une irritation non naturelle.

2° Nous devons adopter des mesures pour prévenir directement les conditions accidentelles que nous venons de mentionner comme étant à la base de toute otorrhée chronique.

3° Nous devons enfin tâcher d'éviter toute influence qui pourrait engendrer ou activer l'un de ces antécédents.

On gagnera du temps et on évitera des complications en appliquant ces points ou principes directeurs séparément à l'otite aiguë dans ses trois formes cliniques principales : séreuse, muco-purulente et purulente.

Dans le cas ordinaire d'une otite aiguë avec sécrétion d'une sérosité jaune-paille, limpide, avec addition d'une quantité variable de mucus, il s'agit, évidemment, d'une réaction relativement peu intense de la part de la muqueuse, et l'expérience

montre que ces cas se terminent rarement par une otorrhée chronique. Dans le traitement de cas de ce genre, nous devons aider la muqueuse à réagir, en règle générale, il faut bien peu de chose pour faire pencher la balance du côté de la muqueuse.

Tous ceux qui ont quelque expérience concernant les inflammations douloureuses, aiguës et localisées, doivent se convaincre de l'influence défavorable que la fatigue et l'exposition à une température trop basse exercent sur les maladies. Rien n'a plus d'efficacité dans l'otite séreuse aiguë douloureuse que le repos absolu et la température égale du lit ; je ne puis m'empêcher de considérer le lit comme un remède capital dont on ne peut se passer dans aucun des cas aigus. Dans la majorité des cas, une purgation, quelques doses de quinine, le régime lacté, l'abstention d'alcool seront suivis, en quelques jours, d'une résolution complète.

La paracentèse n'est pas nécessaire dans ces cas. Si, auparavant, le conduit a été bien nettoyé, il n'y a aucun danger réel à inciser le tympan ; si tout marche bien, l'incision guérit rapidement et, au bout d'une période qu'on peut mesurer par des heures, l'état du malade opéré est exactement le même que celui du malade qui n'a pas été opéré et la guérison définitive n'est pas avancée. Quand la douleur est considérable et la perforation imminente, la paracentèse est évidemment indiquée. Mais, en règle générale, je ne la crois pas nécessaire. Autrefois, j'avais l'habitude d'inciser tout le tympan bombant, mais, aujourd'hui, il est excessivement rare que je le fasse. D'après mon expérience, ce changement de conduite n'a pas augmenté la durée de l'affection, et l'oreille moyenne est mise à l'abri d'une réinfection possible par le contenu du conduit.

Dans l'otite muco-purulente type, nous avons affaire à la propagation du catarrhe du naso-pharynx. La récidive est la caractéristique de cette catégorie et le but principal du chirurgien qui a à traiter ces cas est de faire disparaître la source de réinfection. Il n'est pas toujours possible d'y arriver instantanément ; on devra mettre le malade au lit, lui administrer un purgatif et de la quinine et diminuer la douleur du tympan tendu, par des instillations répétées et chaudes de glycérine et d'acide phénique. Depuis longtemps, je me sers de ces instillations dans la proportion de six grains par once (le grain équivaut à 0.65 centigr.) et les cas de catarrhe muco-purulent aigu dans lesquels elles n'ont pas donné un soulagement immédiat sont extrêmement rares. Que de nuits de souffrance pourraient être évitées si ce remède faisait partie de toute pharmacie domestique !

Nous pouvons appliquer à la paracentèse tout ce qui a été déjà dit. Sans doute, c'est une excellente opération et les résultats sont satisfaisants ; mais je crois qu'il est préférable d'attaquer d'emblée la cause primordiale du mal. Dans la majeure partie des cas, il existe des végétations adénoïdes atteintes d'un état catarrhal subaigu, et il faut, je pense, les enlever dans les vingt-quatre heures qui suivent le diagnostic. J'ai suivi cette méthode très souvent et n'en ai jamais vu résulter ni perforation du tympan, ni accidents dans la convalescence. Je crois savoir que le Dr Gordon, dans son service de fiévreux, trouve que les cas opérés dans les stades de début de la scarlatine s'en trouvent très bien. Quand la perforation s'est déjà produite, l'écoulement cessera bientôt après l'ablation des végétations adénoïdes et la guérison du naso-pharynx et je suis d'avis que toute discussion relative aux traitements sec et humide, dans ces cas, est à côté du sujet.

*
**

Occupons-nous des cas d'otite aiguë suppurée vraie : le tympan bombe sur un liquide jaune opaque ou bien il est très enflammé et œdématié, parfois avec une hémorragie interstitielle. Dans le traitement de ces cas, les mêmes principes restent en vigueur pour venir en aide à la réaction en tant que réaction. Repos de tout l'organisme, éviter la douleur et toute autre action débilitante en y joignant l'administration des remèdes qui semblent porter secours aux tissus en train de réagir. Ceux qui ont adopté la théorie de l'immunisation devraient évidemment appeler à la rescousse l'administration artificielle des antitoxines et je compte qu'aujourd'hui ceux qui ont quelque connaissance de ce sujet nous feront part de leur expérience.

Depuis plusieurs années, j'emploie le salicylate de quinine dans toutes les suppurations aiguës qui ont une relation avec les voies aériennes supérieures ; j'y ai été amené par les effets remarquablement rapides qu'il produit sur l'inflammation locale et les troubles généraux dans l'amygdalite folliculaire aiguë. Je crois que les cas traités par ce médicament franchissent beaucoup plus rapidement la période critique.

On viendra en aide à la réaction surtout par le repos au lit et en évitant les influences qui affaiblissent l'organisme, telles que l'insomnie et la douleur, en nourrissant le patient avec des aliments faciles à digérer et aisément assimilables par un organisme déjà en train de lutter contre un empoisonnement du sang (saprohémie), en évitant les intoxications externes et inutiles dues à l'alcool et aux extraits de viande. On donne un purgatif

et on administre du salicylate de quinine à la dose d'une drachme (environ 1 gr. 75) de la solution toutes les deux ou trois heures pendant un jour ou deux.

De plus, le nez et la cavité rétro-nasale doivent être largement soumis aux pulvérisations d'eau alcaline phéniquée ou d'eau oxygénée.

La question particulière, que nous discutons aujourd'hui, est la suivante : est-ce qu'un traitement général, tel que celui que je viens d'indiquer, garantira le malade de l'otorrhée chronique ? Dans un grand nombre de cas d'otite suppurée aiguë, on a fait bien moins que ce que j'ai dit, et tous, par une marche naturelle, s'en sont bien trouvés ; quelques jours de douleurs, perforation d'une région variable du tympan, écoulement pendant deux ou trois semaines et guérison complète avec ou sans guérison de la perforation. Ne voyons-nous pas un grand nombre de cas de conséquences non suppurées, « sèches » de l'otite suppurée, pour lesquels les malades viennent réclamer notre assistance à cause de la surdité seule et nient avoir eu une suppuration chronique.

Mais, certainement, nous ne pouvons accepter ce traitement comme efficace et nous allons insister sur les raisons. D'un côté, il est très rare de trouver un cas aigu qui soit devenu chronique alors qu'on a employé un traitement plus sérieux ; d'un autre côté, nos cabinets de consultation sont encombrés de malades atteints d'otorrhée chronique qui a débuté par une atteinte aiguë.

Ceci revient à dire que, les cas de tuberculose mis à part, il y a un grand nombre d'otorrhées chroniques qui n'auraient jamais existé si, pendant la période aiguë, on les avait traitées avec quelque jugement.

La terminaison normale d'une otite suppurée aiguë, c'est la résolution, de même qu'elle est l'issue de la scarlatine ou de l'influenza. Quels sont les accidents non habituels qui, en venant se surajouter, produisent, littéralement, une nouvelle maladie : l'otorrhée chronique ? Comment ces accidents sont-ils engendrés ou favorisés ? Comment peuvent-ils être évités ?

Pour discuter ces questions, nous devons passer en revue les conditions existant dans l'otorrhée chronique et examiner comment il se fait que la partie atteinte par l'effet délétère de la dose toxique initiale, ne guérit pas comme elle le devrait faire et « traîne » à la façon d'un ulcère phagédénique ou atone. Tout d'abord, la réparation n'a pas lieu quand le tissu ulcéré n'a qu'une faible vitalité : comme les tissus tuberculeux

ou néoplasique ; mais je n'ai jamais pu arriver à me convaincre que la débilité générale pure des tissus, telle qu'on la rencontre dans l'albuminurie chronique et le diabète, soit seule capable, sans aucune action adjuvante, d'empêcher la guérison de l'ulcération. En second lieu, il en est de même dans les cas où une infection constante ou répétée, venue du dehors ne permet jamais aux phénomènes de réparation qui accompagnent, ou, plus exactement, suivent l'inflammation, de prendre le dessus d'une manière durable. L'activité de l'effort de réparation et la promptitude et la tendance de l'oreille à guérir, nous sont montrées par ces cas innombrables où un écoulement fétide et abondant, venant par une perforation étendue, est presque immédiatement guéri par le lavage et la dessiccation du conduit. Je fais allusion à ces cas de simple négligence si souvent rencontrés chez nos malades de l'hôpital, dans lesquels le conduit externe avec son contenu composé de pus et d'épithélium desquamé est un terrain nourricier pour les microorganismes et une source constante d'irritation. A la même catégorie appartiennent encore les cas d'otorrhée chronique dépendant uniquement de suppuration nasale et de végétations adénoïdes qui « sèchent » sans aucun autre traitement, dès que la source lointaine de poison irritant et de réinfection est tarie par les mains du chirurgien.

Troisièmement enfin, nous avons la catégorie dans laquelle la cause nocive est interne ; le trouble essentiel consiste en ce que l'organe ne peut se débarrasser d'une source d'infection qui réside en lui-même.

Quand la caisse seule est atteinte, on trouvera généralement pour cause la circonstance malheureuse suivante : petite perforation siégeant très haut sur le tympan, de sorte que, pour des raisons hydrostatiques, il y a rétention d'un bain de liquide nourricier dans lequel les microorganismes vivent, prolifèrent et produisent une irritation suffisante pour amener le gonflement de la muqueuse de la trompe et obstruction de ce conduit. La réinfection venue du dehors peut jouer ici, un rôle, mais un traitement antiseptique du conduit n'amènera pas la guérison de ces cas. Quelquefois, c'est la présence de masses caséifiées de pus dans la caisse qui entretient l'écoulement, même lorsque la perforation est large et est située en bas.

Comme c'est le cas, pour la perforation en trou d'épingle avec tous les enseignements qu'elle nous apporte, de même toutes les variétés d'otorrhée chronique sont véritablement dues au fait accidentel que les microorganismes sont pourvus d'un logement qui, pour des causes mécaniques, n'est pas évacué et dans lequel

ils vivent et secrètent leurs toxines; ces derniers irritent, à leur tour, les tissus vivants, les amènent à sécréter un liquide nourricier et à éliminer des cellules qui seront un refuge et une provision alimentaire pour les microbes : exemple frappant d'un cercle vicieux. En fait, les mêmes conditions existent, que nous ayons une poche non vidée, une masse de pus caséeux ou des parois doublées de cholestéatome ramolli.

Ces conditions mécaniques sont données quand la suppuration s'est produite dans l'antre mastoïdien duquel le pus liquide ne peut que rarement et le pus épaissi, jamais, sortir spontanément. Nous pouvons dire la même chose des cellules mastoïdiennes et des cavités de l'attique où le gonflement de la membrane de revêtement et les polypes transforment les cavités en véritables fentes où le drainage est impossible. Ces conditions existeront aussi si l'envahissement des canaux de Havers a placé les microorganismes dans une forteresse presque inexpugnable.

Quel traitement empêchera la production de ces conditions mécaniques accidentelles dues à un cas aigu ? Dans la suppuration de la caisse, nous avons affaire au fait peu habituel de pus sécrété dans une cavité à parois rigides reliée par un passage étroit à une autre cavité semblable remplie d'air. Malheureusement le pus contient non seulement des corps chimiques irritants et destructeurs, mais aussi des organismes pathogènes vivants et un milieu nutritif, dans lequel, sinon eux, du moins, en tout cas, d'autres organismes peuvent trouver subsistance. Le pus lui-même peut, par suite, agir comme un véhicule du pire caractère et son passage, dans les parties jusqu'alors indemnes, est favorisé par le fait qu'il est sous pression. Cette pression, provoquant de l'ischémie mécanique, aide à la destruction des tissus par les toxines et, si sa durée est assez longue, toute l'épaisseur du tissu muqueux-périosté peut être anéantie et les canaux de Havers ouverts à l'envahisseur. Quel traitement nous inspirent ces faits ?

Tout d'abord, ils nous inspirent de ne pas pratiquer d'insufflation (Politzérisation). Nous ne pouvons ignorer que, dans un certain nombre de cas, elle peut être faite impunément et qu'en rendant la trompe momentanément perméable, elle peut mettre en train le drainage dans cette direction et cela peut être surtout le cas pour la courte trompe d'Eustache des petits enfants. Mais attendu que l'air contenu dans l'antre est compressible, il est évident que, si la pression de l'air de la caisse est suffisamment élevée et la communication avec l'antre n'est pas interrompue de manière certaine, le contenu de la caisse sera sûre-

ment repoussé dans la cavité mastoïdienne. Les résultats des expériences faites par Milligan et Young sur les cadavres me semblent être inévitables, la question de l'existence ou de l'absence de la perforation amenant seulement une différence dans la rapidité avec laquelle une partie du contenu de la caisse pénétrera dans l'antre. De plus, je crois que, sur le sujet vivant, le résultat de la Politzérisation peut être aggravé par l'action valvulaire des tissus enflammés et œdématiés de l'attique et qu'un degré considérable de pression peut être produit dans l'antre. Je me souviens d'un cas d'otorrhée muco-purulente peu marquée avec perforation en trou d'épingle. J'agrandis largement cette perforation. Comme c'était, à l'époque, la pratique générale (je parle de six ou sept ans), je prescrivis au médecin du malade de faire, tous les jours et à plusieurs reprises, la Politzérisation. Ainsi fut fait; mais, au bout d'une semaine, le malade vint me trouver en se plaignant de douleur mastoïdienne. En quelques jours, il se développa un abcès de Bezold. En ouvrant la mastoïde, je trouvai un peu de muco-pus et un degré peu marqué d'œdème catarrhal du revêtement de l'antre et rien qui, pour un moment, peut faire penser à de la carie ou de la nécrose. Une fenêtrure arrondie, sans doute une anomalie de développement, conduisait à la fossette digastrique et communiquait avec un abcès du cou. Il était de toute évidence qu'un peu de muco-pus avait été, par la Politzérisation, repoussé dans les tissus mous, et que l'action valvulaire des tissus œdématiés de l'attique avait joué aussi un rôle.

Depuis cet événement, j'ai toujours évité la Politzérisation, dès que j'ai eu la moindre raison de supposer qu'il y avait des microorganismes pathogènes dans l'oreille moyenne.

Il est difficile de croire que ce puisse être une bonne chose que d'injecter, même une sécrétion muco-purulente peu irritante, dans une cavité inaccessible telle que l'antre mastoïdien, dont la membrane de revêtement peut ne pas être à la hauteur de la tâche de résorption du liquide et où il y a pas mal de chances pour que les éléments solides forment un sédiment qu'on ne peut enlever et qui est loin d'être exempt de microbes. Le bénéfice obtenu par cette pratique est très mince, car il ne fait que hâter d'un jour ou deux le retour de l'audition, alors que l'élément important du traitement est la découverte de la cause du catarrhe et sa suppression; car, si on ne produit pas un changement, soit dans les habitudes, soit dans l'anatomie pathologique du malade, on est sûr d'une récurrence. En tout cas, les médecins qui n'ont pas recours à cette pratique peuvent, en toute sécurité, affirmer que leurs malades vont très bien sans elle.

Mais je crois que tout le monde admet que c'est une pratique défectueuse que de pratiquer la Politzérisation dans le cas de suppuration aiguë vraie avec tympan intact.

Je pense que Milligan aura démontré que cette pratique est aussi inadmissible après la perforation ou la paracentèse. Il est impossible de nier qu'on ne peut pas trouver une manière moins efficace de nettoyer une cavité de forme irrégulière qu'en y insufflant de l'air par une petite ouverture. On pourrait tout aussi bien essayer de faire disparaître les miettes de dessus une table en faisant passer un courant d'air par la cheminée de la salle à manger.

Mais quelles mesures devons-nous adopter pour empêcher l'extension en surface de l'affection vers une cavité inaccessible ou sa pénétration dans l'os ?

Nous devons nous rappeler que la compression mécanique, en gênant l'apport sanguin, aide les toxines à causer la mort des tissus, que plus longtemps l'état persiste sans qu'on y porte remède, plus profondément la destruction pénétrera dans les tissus et plus l'affection s'étendra vers la mastoïde. Nous souvenant de cela, nous n'hésiterons jamais un moment à faire une large paracentèse, et ce n'est, sans doute, pas trop s'avancer que de dire que bien des cas devenus chroniques auraient été vite guéris sans l'erreur qu'on a commise en différant la petite intervention « jusqu'au lendemain matin. »

La paracentèse, non seulement débarrasse la caisse de la pression interne, mais elle fait disparaître la compression due à un œdème inflammatoire des tissus eux-mêmes et, indubitablement, c'est la méthode à adopter même dans les cas où, incisant un tympan magnifiquement bombé, nous sommes tout désappointés de ne pas trouver une accumulation de pus.

La seconde mesure à prendre, c'est de diluer les toxines à la fois dans la cavité et dans les tissus ; ceci peut être fait en toute sécurité dans les cas très récents où la mastoïde n'est pas impliquée ; on y arrive par des applications externes, chaudes, qui incitent l'apport sanguin local et la sécrétion de sérosité des régions malades. Mais, dans tous les cas, en dehors de ce traitement, on peut hâter beaucoup la résolution par des irrigations douces, mais abondantes. Si l'incision a été très large, il n'est pas utile de fatiguer le malade par un lavage intratympanique ou par la trompe. L'irrigation avec la solution boriquée doit être faite pendant quelques minutes chaque fois, toutes les heures, pendant les premières heures qui suivent la paracentèse et je crois que, dans les cas aigus et graves de la scarlatine, il

faudrait employer l'irrigation continue. Je voudrais, en passant, attirer l'attention de ceux qui ne l'ont pas essayée sur l'irrigation continue. Dans les cas de phlegmon autour du sinus maxillaire, après l'opération radicale, l'effet est très remarquable et souvent une ou deux irrigations de deux heures de suite sont suffisantes pour faire tout rentrer dans l'ordre.

Dans l'intervalle des irrigations, il faut remplir le conduit de gouttes d'acide phénique et glycérine qui sont excellentes comme calmant aussi bien que comme antiseptique.

Tant que les signes d'inflammation persistent et que le pus est sécrété, ce traitement sera continué en diminuant la fréquence des irrigations et en veillant bien à tenir l'incision largement ouverte jusqu'à ce qu'on n'en ait plus besoin. Cette méthode semble plus raisonnable que celle qui consiste à essayer de drainer la caisse par l'action capillaire de la gaze. Cette dernière ne peut jamais faire complètement disparaître le pus et, s'il reste du pus, il est bien préférable qu'il soit dans l'état de plus grande dilution possible. Le malade devra rester au lit trois ou quatre jours après l'arrêt de l'écoulement et la guérison du tympan; on lui prescrira alors d'éviter avec soin le froid et la fatigue et de ne pas se moucher avec force. On aura le mélange : glycérine, acide phénique, sous la main et on l'emploiera le soir; le malade devra garder de nouveau le lit s'il éprouve quelque douleur d'oreille. Je ne pense pas que la Politzérisation puisse être employée avant quinze jours après le moment où la rougeur aura disparu. On n'a rien à espérer en introduisant un élément de trouble par un nouvel éclatement du tympan; je crois que l'idée de faire disparaître les adhérences après les vrais cas aigus est purement théorique. Quand il n'y a pas de source morbide dans le nez ou le naso-pharynx, ce traitement réussira dans la majorité des cas et, s'il ne réussit pas, il y a lieu de supposer que l'inflammation a déjà pris pied solidement dans les annexes mastoïdiennes et que le danger de chronicité est là. Si la douleur n'est pas diminuée deux ou trois heures après la paracentèse et le début de l'irrigation, il y a là, sans doute, une compression inflammatoire dans la mastoïde. Donc on peut se demander si, dans de telles circonstances, il est sage d'appliquer des fomentations chaudes. Employer des sangsues ou l'appareil de réfrigération qui est probablement meilleur. Il est à présumer que ces deux dernières méthodes aboutissent au même résultat; c'est-à-dire : l'affaissement des revêtements muqueux et périostiques œdématisés des cavités pneumatiques de la mastoïde. Si le pus ■ déjà pénétré dans ces cavités ou y est sécrété, il aura plus de

chances de s'échapper, si cet état de contraction est maintenu. Dans la pratique, un rapide soulagement est souvent procuré par chacune de ces deux méthodes.

Les cas dits aigus qui viennent consulter trois à quatre semaines après le début par douleur, pus et écoulement et qui ne s'améliorent pas rapidement par le repos au lit, la large paracentèse, l'irrigation, etc., peuvent se ranger en deux classes. Dans l'une, il y a perforation de l'attique avec écoulement peu abondant, aqueux et épaissement charnu de la membrane de Shrappnell, ou bien, il y a perforation du tympan tendu dans le segment postéro-supérieur, avec une membrane de Shrappnell œdématisée et écoulement venant, évidemment, de l'attique. J'ai vu quelques-uns de ces cas se transformer, sous l'influence du traitement conservateur, en affections chroniques de l'attique avec carie évidente des parois ou des osselets, ou en cas dans lesquels l'écoulement cesse sous l'action d'un traitement antiseptique soigneux (par exemple : lavage avec la canule de HARTMANN avec ou sans agrandissement de la perforation) mais dans lesquels la récurrence est fréquente et où il se forme une inclusion de l'épiderme du conduit, de telle sorte qu'il se développe la condition suffisante pour un cholestéatome de l'attique qui est la source d'ennuis continuels.

Je suis convaincu qu'il n'est pas prudent de laisser ces malades se décourager en les laissant devenir des malades chroniques ou à récurrence; il vaut mieux procurer, sans trop de retard, un drainage suffisant et empêcher la formation de cholestéatome en enlevant la paroi externe de l'attique. On peut le faire sans toucher aux osselets, si, à l'examen, on constate que ces derniers sont exempts de carie. La guérison est très rapide et, d'après mon expérience, les résultats, au point de vue de l'audition, sont excellents.

Dans la seconde classe qui prend une marche chronique, la quantité de pus est considérable et, bien que les symptômes principaux de mastoïdite, y compris l'affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, puissent ne pas exister, il est facile de se rendre compte que l'écoulement abondant vient d'une autre région que la caisse. Ici, la chronicité ne peut être prévenue qu'en opérant de bonne heure la mastoïde. On ne peut pas dire que ces cas soient aigus; ce sont, en réalité, des cas chroniques dès le début et, en en parlant, nous commencerions à nous éloigner du sujet réel de la discussion d'aujourd'hui.

En un mot, pour nous résumer :

Dans l'épanchement séreux, le traitement médical amène la guérison en règle générale.

Dans le catarrhe muco-purulent, il est nécessaire de chercher et enlever tout facteur étiologique nasal ou naso-pharyngien.

Dans la suppuration aiguë, outre le traitement médical et l'ablation des causes éloignées, il faut diminuer la compression et diluer les poisons, sans retard. L'expérience montre que les cas traités dès le début en suivant ces principes ne se transforment pas en suppuration chronique.

Remarques et répliques.

1° Dans le traitement habituel par les praticiens, la paracentèse et la Politzérisation ne sont pas indiquées dans toute maladie d'oreille. D'autre part, la paracentèse ne doit pas être retardée, même « jusqu'au lendemain matin », si certaines conditions l'exigent ; une de ces conditions est l'existence, dans la caisse, du pus véritable.

2° Quelques orateurs ont dit que la Politzérisation est inoffensive. Mais produit-elle un bien réel ? Je crois que, dans certains cas, elle peut faire et fait un mal véritable.

3° L'expérience m'a donné une confiance absolue dans l'ablation des végétations adénoïdes au cours d'un catarrhe muco-purulent aigu de l'oreille moyenne.

4° Bien des mastoïdes sensibles, avec fièvre, vont cependant très bien ; mais, même en l'absence des signes classiques de mastoïdite, y compris l'affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, un écoulement purulent abondant oblige le chirurgien à opérer ou sinon à vouer son malade à l'otorrhée chronique.

Traduction par MENIER (de Figeac).

VI

L'OTITE DE LA SCARLATINE

Par **Frank B. SPRAGUE** (de Providence).

Chirurgien de l'Hôpital oto-rhino-laryngologique de Rhode Island.

Quelque étrange que cela puisse paraître aujourd'hui que les idées médicales ont fait de si grands pas en avant, il y a encore un petit nombre de médecins qui restent fermement attachés aux vieilles idées de la médecine expérimentale.

Malgré tout ce que l'expérience nous a enseigné des dangers qui résultent pour l'audition et la vie même, de l'otite qui complique la scarlatine, il y a beaucoup de nos confrères qui prennent une position d'attente, se croisent les bras et ressentent une satisfaction particulière quand une oreille est douloureuse, suppure et coule au cours de cette maladie infectieuse.

C'est un malheur pour la médecine et le genre humain ; cette attitude est sans excuse en notre époque de lumières.

Nous pouvions pardonner aux médecins des générations passées qui croyaient que la scarlatine devait laisser quelque corruption dans l'organisme et qui pensaient qu'il valait mieux que l'oreille fût atteinte plutôt que le rein ou les autres organes ; ils saluaient avec joie l'apparition du pus dans le conduit auditif et étaient convaincus que maintenant l'organisme était à l'abri de tout danger.

L'otite moyenne est la complication la plus fréquente, et à tout prendre la plus sérieuse de la scarlatine. De même que pour l'infection générale, elle varie avec le génie épidémique, le climat et la saison. Elle est plus fréquente en hiver et au printemps et dans les climats froids. Les statistiques nous montrent que trois à neuf pour cent des cas de scarlatine présentent des complications auriculaires, et que sur cinquante pour cent de ces cas, les deux oreilles sont atteintes. Bezold, de Munich, a recueilli six cent quarante cas d'affections auriculaires consécutives à la scarlatine, s'étendant sur une période de onze ans ; neuf cent quatre vingt-quatre oreilles étaient atteintes dans ces cas, dont une moitié était frappée des deux côtés. A la même époque, se basant sur des renseignements statistiques comprenant dix-sept mille quatre-vingt-sept cas, il estimait que 3,75 % de tous les cas avaient eu des complications auriculaires. Dans cinq cent trente

des cas de Bezold, deux cent soixante-trois avaient eu un écoulement continu d'oreille pendant plus de huit ans; il y avait une destruction complète du tympan dans 25 % de ces cas. Dans un autre compte rendu de cent quatre-vingt-cinq cas, il montre que dans trente, il y eut une destruction complète du tympan avec perte de un ou plusieurs osselets; dans cinquante-neuf, la perforation comprenait deux tiers ou davantage de la membrane; dans treize il y avait de petites perforations, dans quarante-quatre des granulations et des polypes; dans quinze, perte complète de l'audition d'un côté, et dans six cas perte totale des deux côtés; dans soixante dix-sept cas, la distance d'audition pour la voix chuchotée était inférieure à 50 centimètres.

Sur quatre mille trois cent quatre-vingt-dix-sept cas, rapportés par Finlayson, l'otite se produisit dans 10 %; dans mille huit cas rapportés par Caiger, elle se produisit dans 13 % dans les cas de Burkhardt-Merian, elle eut lieu dans 33 %. La plus grande importance est attachée à l'inflammation de l'oreille moyenne, bien que les affections du labyrinthe ou l'otite interne jouent un rôle sérieux, si nous considérons le grand nombre de cas de surdité totale, et le grand pourcentage de pupilles des Instituts de sourds-muets dont l'otite est due à la scarlatine.

Blau a trouvé dans les statistiques de huit auteurs quatorze mille quarante-cinq cas d'otite interne avec cinquante-cinq cas, soit 3,8 % dus à la scarlatine. Bruckner trouve 7 %.

Au cours d'une étude des Asiles de sourds-muets d'Europe, faite en 1887, le plus petit pourcentage fut trouvé en Italie, 1,5 %; et le plus grand en Norvège 27 %, représentant la proportion des cas dus à la scarlatine et montrant la fréquence relative de cette affection dans les climats chauds et froids.

May a recueilli à New-York une statistique portant sur cinq mille six cent treize sourds-muets; cinq cent soixante-douze d'entre eux, soit près de 10 % devaient leur état à l'otite de la scarlatine, Holmes, de Cincinnati, rapporte qu'à l'Institution des sourds-muets de Jacksonville (Illinois) sur cinq cents cas, 7,2 % étaient dus à cette maladie. A l'école des sourds de Rhode Island, sur vingt cas admis, quarante-quatre soit 21 % étaient causés par la scarlatine. Dans la Clarke School de Northampton (Massachusetts), il y en avait cent cinq sur six cent quarante, soit 16,4 %.

D'un autre côté les statistiques étrangères montrent que sur tous les cas d'otite moyenne suppurée, environ 12 % ont pour origine la scarlatine; nous voyons donc que nous avons affaire à une affection qui met en danger et souvent détruit le

fonctionnement d'un des plus importants organes des sens, laquelle est le point de départ de l'infection dans de nombreux cas de septicémie, de pyohémie, de méningite, d'abcès du cerveau et menace constamment la vie du malade, alors que souvent le médecin l'ignore, ou accueille avec joie son apparition.

Pour animer en quelque sorte l'étude de cette affection, je désire montrer l'expérience d'une saison passée dans les salles de scarlatineux à l'Hôpital de Rhode Island. Depuis le milieu du mois de janvier jusqu'au milieu de juin, je pus observer soixante cas. Les oreilles et la gorge de chaque malade étaient examinées systématiquement à intervalles réguliers. Pendant ces cinq mois, il y eut sept cas d'otite moyenne suppurée et trois cas étaient en développement quand les malades entrèrent, ce qui fait en tout dix cas, soit 17 %. Sept cas étaient bilatéraux et trois unilatéraux. Sur les sept otites qui se développèrent après l'entrée, quatre étaient caractérisées par de la douleur dans l'oreille, élévation de température et accélération du pouls. Trois n'eurent pas de douleur; le seul phénomène qui attira l'attention, fut une brusque élévation de température, à laquelle on ne pouvait trouver d'autre explication. Trois cas furent découverts par l'examen de l'oreille, d'après un ordre permanent suivant lequel s'il y avait une brusque élévation de température ou une augmentation des symptômes fébriles, je devais être informé sur-le-champ; je visais à prévenir la perforation spontanée ulcéreuse du tympan, par une bonne et large incision, assurant une détente immédiate et un drainage suffisant. Sur les dix-sept oreilles en suppuration, deux arrivèrent à la suppuration et à la nécrose de la mastoïde. On opéra et les malades guérirent sans incident. Dans un cas, celui d'une fillette de dix ans qui eut une infection générale grave, une pharyngite streptococcique et de la néphrite, l'oreille coule encore un peu de temps en temps.

Dans quatre autres cas, où la paracentèse fut faite, le tympan guérit très bien et en quelques semaines l'audition normale revint. Dans l'un des cas graves où il y eut de la néphrite, mais où la pharyngite fut peu sérieuse, le tympan des deux côtés disparut comme s'il avait été rongé par un acide; nous avons fait cependant le traitement le plus énergique et le plus soigneux. Dans ce cas, les oreilles coulaient encore dix mois après. Nous avons perdu la trace des trois autres malades dès qu'ils eurent quitté l'hôpital.

L'étude bactériologique de ces cas fut très intéressante; ils furent soigneusement étudiés au laboratoire par MM. les D^{rs} Fulton, Mac Eyrol et Barrows.

Quatre cas chez lesquels on avait fait la paracentèse présentaient du streptocoque en culture pure dans le pus recueilli dans le conduit tout de suite après l'incision ; c'étaient les cas qui guérissent le plus rapidement, l'oreille étant en quelques semaines revenue à son état normal. Tous ces cas, cependant, une semaine après la première culture, présentèrent une infection mixte. L'examen montra des staphylocoques et d'autres microbes unis aux streptocoques, dans chacun des cas. Un d'eux avait aussi un bacille semblable à celui de la diphtérie combiné aux autres. Il est intéressant de noter que ce malade fut celui qui, dans cette série, guérit le plus vite ; il est également intéressant de remarquer que le cas qui présenta la destruction la plus étendue des tissus et des osselets offrait exactement la même combinaison microbienne.

Le bacille diphtéroïde qui fut trouvé dans trois cas diffère de celui de Klebs-Löffler, c'est pourquoi nous ne jugeâmes pas avoir affaire à la diphtérie. J'ajouterai que tandis que nous avons quelques cas d'infection mixte, diphtérie et bacille de Klebs-Löffler combinés à la scarlatine, nous ne trouvâmes pas dans les cas en question le bacille de Klebs-Löffler. Jusqu'à présent, on n'a pas isolé de microbe spécifique de l'otite de la scarlatine, la bactériologie ne nous a pas démontré de bactérie particulière spécifique de cette maladie infectieuse très fréquente. Leutart, ancien assistant de la Clinique de Schwartz, a fait sur ce sujet des recherches très étendues ; il pense que les formes malignes d'otite scarlatineuse caractérisées par une destruction rapide des tissus sont dues au streptocoque ; il croit également que c'est le streptocoque qui donne à la scarlatine son caractère de gravité, tandis que le germe spécifique de l'affection semblerait n'avoir aucune relation avec l'infection générale et la suppuration (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, t. 46 et 47). Kurth a trouvé souvent une variété de streptocoque en chaînettes et formant une colonie en amas ; il lui a donné le nom de *streptococcus conglomeratus*.

Avant que la bactériologie eût révélé la possibilité d'une infection dans l'otite scarlatineuse, on la regardait toujours comme diphtéritique et presque tous les auteurs jusqu'à aujourd'hui cataloguèrent cette forme d'otite comme diphtérique ou scarlatino-diphtérique, et la conclusion naturelle est qu'il est nécessaire d'avoir une infection diphtérique du pharynx pour avoir l'otite ; mais dans nos cas, il n'y avait d'infection diphtérique ni à la gorge, ni aux oreilles.

Au point de vue clinique, il y a trois formes d'otite que je veux

classer de la manière suivante : 1° l'otite séreuse aiguë, 2° aiguë suppurée, 3° aiguë gangréneuse. La gravité de l'otite semble dépendre de la gravité de l'infection générale d'une part, et de la constitution du sujet, d'autre part. Les conditions anatomiques, la structure et l'état du système vaso-moteur sont des facteurs importants chez des enfants en bonne santé antérieure, à peau en bon état et solide, à système lymphatique normal, à excellente résistance ; en un mot, la maladie prend une forme plus légère, si l'infection générale n'est pas trop grave. Chez les enfants à diathèse lymphatique, à prédisposition dite scrofuleuse, sujets au gonflement des ganglions du cou, atteints d'hypertrophie amygdalienne et d'hyperplasie du tissu adénoïde du pharynx, l'otite revêt des formes plus graves.

Inflammation séreuse aiguë.

Les formes légères d'otite surviennent le plus souvent vers le moment de l'éruption ou dans les dix premiers jours, ou tandis que la pharyngite prodromique existe. Les symptômes sont semblables à ceux de l'otite moyenne catarrhale aiguë ordinaire. Si le malade est assez âgé, il se plaint d'une sensation de plénitude dans l'oreille, de bruits, de pulsation, de légère surdité et de douleurs variables, peu marquées ou considérables ; dans quelques cas, ils n'accusent pas du tout de douleur. Chez les jeunes enfants, nous sommes amenés à penser à l'oreille seulement par une augmentation de symptômes fébriles et par le malaise manifesté par les cris et l'agitation et peut-être par la découverte de l'écoulement.

L'examen au miroir frontal et au spéculum avec une forte lumière révèle, dans quelques cas, une légère rougeur et un gonflement de la partie cutanée du conduit, suivant la période de la scarlatine et l'état de la peau du corps tout entier. Si la desquamation a commencé, le conduit est tapissé ordinairement d'écailles épidermiques et les glandes cérumineuses semblent présenter une augmentation de leur activité ; l'ouverture du conduit est généralement revêtue de cérumen. L'aspect du tympan varie de l'état de platitude, avec teinte mate à la congestion intense et à la voussure. Au bout de trois ou quatre jours de durée des symptômes subjectifs, on voit de la sérosité s'écouler du conduit, la douleur se calme, la fièvre diminue, et si l'oreille n'est pas atteinte d'infection secondaire, tout guérit en quelques jours. A moins que le malade ne soit surveillé de très près, comme dans les hôpitaux, ou par une garde-malade expérimentée, on le voit rarement avant la rupture du tympan. Sans

doute beaucoup de ces cas simples s'infectent secondairement et prennent la forme suppurée. Quand cela survient, l'écoulement séreux prend le caractère purulent, devient profus, le malade est agité et plus fiévreux ; il y a une augmentation générale de symptômes infectieux, le patient a des douleurs plus ou moins marquées, siégeant profondément dans l'oreille et dans l'apophyse mastoïde.

Inflammation aiguë avec suppuration.

Cette forme d'otite survient habituellement au cours de la scarlatine, plus tardivement que la forme précédente, vers la deuxième semaine, bien que, sans doute, elle dépende de la gravité de l'infection générale. Les symptômes subjectifs sont plus ou moins marqués. L'augmentation brusque de la fièvre est très prononcée, la température atteint souvent ou dépasse 103° Fahrenheit. La douleur de l'oreille a un caractère lancinant et pulsatif, elle s'irradie des profondeurs de l'organe vers diverses régions de la tête et du cou. Dans ces cas, il y a fréquemment gonflement des ganglions cervicaux, avec raideur des muscles et torticolis. Chez quelques-uns, il y a des indices d'irritation cérébrale manifestée par les convulsions et le vomissement, de sorte qu'on croirait devoir redouter une méningite. Ne perdons pas cependant de vue que ces symptômes cérébraux font souvent partie des symptômes avant-coureurs de l'infection générale, mais quand ils apparaissent lorsque l'éruption est complète, ou plus tard, ils peuvent accompagner les complications rénales ou auriculaires.

Symptômes objectifs. — Dans les cas où le tympan n'est pas perforé, le conduit est couvert de squames, son entrée anormalement revêtue de cérumen, et souvent gonflée. Le tympan est œdématié, sa couleur varie du rouge vif au rouge sombre, il bombe par places ou en totalité à un degré plus ou moins grand, parfois il fait dans le conduit une saillie de 1/4 d'inch (l'inch égale 2 cent. 5) ou plus. Même après la rupture spontanée, cette saillie énorme du tympan peut être souvent constatée.

Inflammation gangréneuse aiguë.

Cette forme maligne d'otite est communément dénommée forme diphtérique. Le type de l'affection est analogue à l'état de la gorge connu sous le nom de diphtérie scarlatineuse, bien que le bacille de Klebs-Löffler ne se trouve pas dans les produits morbides et qu'on n'observe pas les parésies si fréquentes après la diphtérie.

Le terme « diphtérique » qui encombre l'enseignement traditionnel des maladies du pharynx et de l'oreille rend très difficile l'appréciation des conditions exactes qui ont existé dans l'histoire de ces formes membraneuses et exsudatives des affections de ces organes; mais, la bactériologie a fait beaucoup et fera, nous l'espérons, encore davantage pour s'éclaircir l'état nébuleux de la question. De nombreux cas de soi-disant diphtérie scarlatineuse, caractérisés par une grave infiltration du tissu lymphoïde du pharynx et des dépôts membraneux sur les amygdales, sur les parois postérieure et latérale du pharynx, sur la muqueuse du nez présentent des cultures pures de streptocoque ou de staphylocoque ou une association des deux microbes, le bacille de Klebs-Löffler étant absent.

Cette forme maligne ou pseudo-membraneuse de l'otite doit être considérée comme la plus grave; l'infection est très intense, la destruction des tissus très rapide, elle fait disparaître souvent en quelques jours tout le tympan et les osselets. Si on ne l'arrête pas par un traitement, le processus de nécrose détruit les membranes internes de la caisse, celles des fenêtres ronde et ovale, envahit le labyrinthe, détruit le labyrinthe membraneux et l'organe de Corti, anéantissant ainsi l'organe de l'audition et provoquant des troubles de l'équilibre et amenant une marche titubante, hésitante, qui persiste longtemps après la guérison. On a rapporté des cas, et j'en ai vu deux, où des parties du labyrinthe et du limaçon furent détachées par la nécrose et enlevées sous forme de séquestre par une opération.

Dans d'autres cas, l'infection poursuit sa marche à travers le canal auditif interne, elle attaque à la fois les nerfs auditif et facial, amenant la paralysie faciale et si elle arrive aux méninges provoque la méningite et la mort. Les autopsies de ces cas ont montré de la nécrose du limaçon et des dépôts de tissu gangrené et pseudo-membraneux dans le vestibule et dans d'autres régions du labyrinthe.

L'aspect de cette forme d'otite, quand on l'examine au spéculum au début de l'inflammation, est semblable à celui de la forme suppurée intense, mais le tympan devient bientôt livide ou a un aspect blanc jaunâtre, ramolli, il a l'air d'une fausse membrane qui, sans nul doute existe et ressemble à celles du pharynx et contient de nombreux streptocoques. Au début, la sécrétion est peu abondante, même très minime, mais au bout de quelques heures, on voit apparaître un liquide brunâtre, purulent, avec l'odeur fétide de la gangrène. Bientôt, l'audition diminue, le tympan disparaît et la caisse est remplie de cet exsudat mem-

braneux, à odeur fétide. Quand le labyrinthe vient à être atteint, cela se manifeste par des bruits semblables au son des cloches ou au cliquetis de l'acier et par des étourdissements. Dans quelques cas, le labyrinthe est atteint primitivement.

LA CAUSE. — La cause de l'otite scarlatineuse est évidemment une infection streptococcique ; mais la façon dont se produit l'invasion est encore l'objet de discussions ; autrefois on croyait que la route suivie par l'infection était la trompe d'Eustache ; plusieurs sont, aujourd'hui encore, de cet avis. Des recherches plus récentes nous font penser qu'elle est hémotogène, les agents infectieux arrivant à la caisse par le courant sanguin.

Il me semble que dans quelques-uns des cas moins graves, l'infection se fait par la trompe, et dans les formes plus graves soit par le courant sanguin, soit par le système lymphatique du pharynx et de la caisse, ou que, comme dans les autres cavités qui ont de petites ouvertures de dégagement, la trompe se fermant par suite de l'inflammation du pharynx le vide se fait dans la caisse qui se remplit ainsi de sérosité ; alors étant donnée l'infection, il se produit de la suppuration.

PRONOSTIC. — Le pronostic quant à la conservation de l'ouïe et à la vie, dépend en grande partie de la rapidité du traitement et des soins convenables. Les formes simples sont favorables, les formes graves ne le sont pas autant pour ce qui regarde l'audition, car dans quelques-unes elle est très atteinte et l'affection se complique de gangrène du tympan, de carie des osselets et de la mastoïde, malgré les soins les plus attentifs. Les cas où il y a des végétations adénoïdes du naso-pharynx et de l'hypertrophie des amygdales, ainsi que ceux où existe la diathèse scrofuleuse peuvent prendre une mauvaise tournure. Alors que le pronostic est bon, quant au danger immédiat pour l'existence, il y a toujours à craindre que la fonction auditive ne soit perdue ou bien compromise ; l'apparition de l'otorrhée si gênante pour le malade, sa famille et ses amis, avec tous les dangers qu'elle renferme, est une menace constante pour la vie.

TRAITEMENT. — Evidemment, le traitement est chirurgical et antiseptique. Nous avons affaire à un processus infectieux dû à une ou plusieurs variétés microbiennes ; cette infection simple ou mixte, quel que soit le cas, doit être supprimée le plus tôt possible, la région en sera débarrassée autant que possible jusqu'à complète guérison.

Quelques auteurs recommandent un traitement préventif par lavages quotidiens du nez et du pharynx pour réduire l'infection à son minimum. Je crois que cette méthode présente un grand

danger, celui de pousser les agents infectieux dans la caisse par la trompe et de produire ainsi l'inflammation que l'on cherche à éviter. Le malade sera tenu nuit et jour dans une pièce chaude; il évitera les brusques changements de température, les courants d'air et les frissons après le bain; ainsi, on pourra mieux prévenir la congestion de l'oreille et des muqueuses de l'organisme; moins la circulation de ces régions sera troublée, moins grand sera le danger de l'inflammation. Quand les organes lymphatiques cervicaux présenteront des signes de gonflement, on appliquera et on maintiendra constamment de la glace dans une vessie destinée à la gorge ou à l'oreille. La pommade à l'iode de plomb est très utile pour fondre les ganglions enflammés.

S'il survient une rupture spontanée du tympan et que la sérosité commence à s'écouler par l'oreille, on l'enlèvera par des tampons de coton stérilisé et non par le lavage à la seringue, car l'emploi d'une seringue ou de tout autre instrument non aseptique pourrait provoquer une infection secondaire. Quand l'écoulement sera devenu purulent, il faudra faire des lavages toutes les deux ou trois heures pour débarrasser le conduit du pus et éviter une infection des parties profondes, des ganglions externes de l'oreille et des lymphatiques qui l'entourent.

Quand le médecin sera appelé pour la première fois auprès du scarlatineux, il donnera aux parents ou aux garde-malades des instructions au sujet des complications auriculaires. Si le malade se plaint de douleurs dans l'oreille ou y manifeste quelque malaise en y portant la main ou en la frottant en secouant le pavillon, ou en refusant de se coucher sur le côté atteint, ou s'il y a une brusque variation de température, le médecin doit donner des ordres sévères pour qu'on l'avertisse immédiatement; il examinera sur-le-champ les oreilles, et s'il voit que le tympan présente un des aspects décrits plus haut, il l'incisera largement. S'il faut inciser le tympan, on désinfectera d'abord le conduit en le lavant avec la solution à 1 ou 2 pour 1000 de bichlorure de mercure; on asséchera avec du coton stérilisé et on se servira d'instruments aseptiques. Le conduit sera ensuite fermé avec de l'ouate stérilisée qu'on changera aussi souvent qu'elle sera imbibée, en veillant à ce que les mains et les instruments soient bien propres. Si l'écoulement devient purulent, il faudra laver le conduit; on pourra employer les solutions suivantes : bicarbonate de soude : une drachme (soit 1 gr. 80 environ) par pinte (soit 57 centilitres); solution physiologique de sel marin, acide phénique : 1 pour 40; solution saturée d'acide borique ou solution de permanganate à 1 pour 500. Après le lavage, il faudra

sécher le conduit avec de la ouate stérilisée et instiller une solution d'acide borique dans l'alcool à 60°. Dans les cas graves, une solution à 1% de bichlorure de mercure dans l'alcool à 60°, ou la solution de nitrate d'argent à 20 % pourront être instillées dans l'oreille; ces solutions auront été auparavant réchauffées.

S'il survient du gonflement des lymphatiques du côté de la mastoïde ou de la sensibilité de cette région, y appliquer une vessie de glace; si au bout de quelques heures, il n'y a pas de soulagement, appliquer les sangsues au sommet et à la partie supérieure de la mastoïde. Ces mesures donneront habituellement une prompte amélioration et arrêteront souvent le progrès de l'inflammation. Si l'affection marche vers la suppuration de la mastoïde, une opération sera nécessaire et devra être faite sans retard. Cependant si les indications opératoires n'étaient pas particulièrement urgentes, je préfère attendre jusqu'à ce que la desquamation soit complète; j'ai vu, en effet, que si l'opération est pratiquée pendant la desquamation ou dans les cinq à six premières semaines depuis le début de l'affection, la guérison est très lente, car même une semaine après l'opération, il n'y a presque pas ou pas du tout de formation de nouveau tissu dans la cavité osseuse. L'écoulement par la plaie est très profus et très acide, il excorie les endroits qu'il touche, ulcère les surfaces récemment incisées, fait suppurer les points de suture et détruit le tissu granuleux nouveau et sain qui aurait pu se former. La large brèche résultant de ce processus de destruction est une zone ouverte et non défendue contre l'infection septique, et, étant donnée la nature virulente de l'écoulement qui contient beaucoup de streptocoques et de staphylocoques, l'organisme est en grand danger. Un de nos malades fut atteint de septicémie très grave, due incontestablement à cette cause.

Pour terminer, laissez-moi insister sur l'importance du diagnostic précoce des complications auriculaires dans la scarlatine; nous ne devons pas, comme on le fait trop souvent, attendre que l'oreille coule, car cette conduite est voisine d'une négligence criminelle, mais, par un traitement rapide, paracentèse du tympan, dès qu'il y a le plus léger symptôme d'inflammation de cette membrane ou d'exsudat dans la caisse, nous devons soulager le malade et le mettre dans la meilleure posture possible vis-à-vis de l'infection générale et des complications intracranienues; nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour conserver la fonction d'un des organes des sens les plus importants.

Traduction par MENIER (de Figeac).

VII

QUELQUES MOTS CONTRE LA PONCTION LOMBAIRE

Par **C. ZIEM** (de Dantzig).

Si l'on fait, au moyen d'un couteau fort et bien aiguisé ou d'une hache retournée et d'un maillet, des sections de têtes d'animaux tout à fait fraîches, de chiens, de lapins, de chats, de boucs etc.,¹ on est fort frappé de la contiguité absolue de toute la substance nerveuse, des vaisseaux et de la boîte crânienne, l'une joignant l'autre sans aucune lacune ni aucun vide dans les soi-disant ventricules, dont le seul contenu forme les plexus choroidiens. La même topographie a été déjà signalée par N. Pirogoff (1859), W. Braune et d'autres pour la tête de l'homme congelée et coupée avec la scie, et c'est à bon titre que dans quelques traités d'anatomie publiés tout dernièrement, les ventricules du cerveau et du cervelet ne sont plus, comme auparavant, décrits comme des *cavités* plus ou moins larges, mais comme des *fissures* fines. C'est ainsi que d'après His-Waldeyer-Krause² et Spalteholz³ les parois des ventricules latéraux se joignent presque partout les unes aux autres, que d'après Zuckerkandl⁴, le III^e ventricule n'est pas normalement déhiscent, que la cavité subdurale, pourvu qu'elle ne soit pas tout à fait vide, ne contient que très peu de liquide (Krause), que, de plus, la quantité de liquide sous-arachnoïdien, qui n'a pas été mentionnée du tout par Herm. de Meyer⁵, est, d'après Krause, à l'état normal très petite. Ajoutons que des injections faites d'après Key et Retzius à telle ou telle pression avec des solutions colorantes sous la dure-mère, la pie-mère et dans les ventricules⁶ ne sauraient en rien contribuer à faire exactement connaître la topographie normale du cerveau ou du cervelet, pas plus que des injections péricardiales, pleurales, abdominales ou scrotales pour la topographie normale de ces régions; ajoutons que la manière courante de sectionner le cerveau et le cervelet à part, hors la boîte crânienne, ayant perdu pendant l'éviscération telle ou telle quantité de leur sang habituel, ou même ayant été placés dans des solutions durcissantes, d'alcool, de chlorure de zinc, de formol, etc., doit changer complètement la topographie normale. Que l'on se rapporte pour ce dernier point à la coupe frontale du cerveau durci d'un chien, reproduite dans ses

contours, exactement d'après Jacob et Strümpell⁷, et qui appartiendrait à un chien hydrocéphalique, privé de vaisseaux cérébraux, de même que mainte coupe du cerveau de l'homme, publiée dans des traités d'anatomie excellents, ne répond pas à un cerveau normal, mais à tel ou tel degré d'hydrocéphalie. Caractériser avec Hyrtl⁸, le IV^e ventricule comme grande cavité subarachnoïdienne, remplie de liqueur cérébrale, est normalement tout à fait inadmissible; inadmissible, de même, la supposition de Hermann, de Rauber⁹ et d'autres que la fonction des plexus choroïdiens ne serait autre que de sécréter du liquide céphalo-rachidien. Puisque ce dernier, si tant est qu'il y en a normalement, provient des capillaires de toute la pie-mère (Hyrtl¹⁰), la transformation spécifique de celle-ci dans les plexus choroïdiens, ce tissu complexe de premier ordre et extrêmement riche en vaisseaux spiraux (spirales), leur attribue certainement d'autres fonctions. C'est sous ce rapport-là que l'analogie des plexus choroïdiens avec les plexus ciliaires de l'œil, constatée du reste déjà par Henle¹¹, semble justifiée. Car, si les plexus ciliaires représentent un vrai tissu érectile, en raison de l'érectilité constatée à l'aide de l'ophthalmoscope, sur un tissu tout à fait analogue, le peigne dans l'œil des oiseaux¹², les plexus choroïdiens cérébraux et cérébelleux représentent également un tissu érectile. La conformité des plexus choroïdiens, ciliaires et génitaux est, en effet, aussi grande que possible. De plus, elle montre la même disposition en spirales des artères et des veines, tandis que l'opinion de Hyrtl¹³, qui explique la spirauté frappante des artères ciliaires postérieures à raison d'une mobilité parfaite du globe de l'œil, surtout pour que son mouvement latéral ne soit pas entravé, n'est pas soutenable, puisque le nerf optique lui-même est rectiligne: c'est pourquoi nous préférons l'avis de Herm. de Meyer disant que la spirauté des vaisseaux existe normalement dans des endroits exposés à des *dilatations* fréquentes, comme p. ex. on l'observe aussi, et cela de préformation, sur l'utérus non gravide (Hyrtl¹⁴). Quant à la spirauté de l'artère spermatique et celle de l'ovaire, elle semble avoir pour but non seulement, comme le dit Hyrtl¹⁵, de diminuer la rapidité de la circulation locale, mais aussi, et principalement, de faciliter l'érection des organes sexuels, ainsi que la spirauté excessive de la veine choroïdienne est en rapport direct avec sa propriété de se dilater¹⁶.

Il est vrai qu'on a autrefois cru indispensable pour le tissu érectile l'existence de muscles spéciaux, organiques, qui

compriment les vaisseaux efférents, mais Hyrtl et d'autres auteurs ont démontré, surtout pour les organes du bassin, qu'elle est d'importance secondaire, de même que la différence essentielle de la vraie érection et de la stase veineuse ; on est maintenant d'accord que dans l'érection il s'agit pour les artères principalement d'une vaso-dilatation réflexe, accompagnée d'une constriction plus ou moins étroite des veines par des muscles lisses situés, de même que pour les plexus nasaux, dans les parois des veines elles-mêmes ; et nombre de phénomènes se produisant grâce à l'érectilité, comme à la crête du coq p. ex., à la barbe du dindon, à la rose près de l'œil et au peigne dans l'œil des oiseaux, aux bourrelets obstruant le conduit auditif des coqs de bois (*tetrao urogallus*), aux branchies et au processus falciformis (la *campanula*) de l'œil des poissons ; ils ne peuvent point s'expliquer par l'action de muscles spéciaux organiques comprimants, parce qu'il n'y en a même pas en ces endroits.

Vu ces données de l'anatomie et de la physiologie comparées, nous avons le droit de soutenir que les plexus choroïdiens cérébraux et cérébelleux, eux aussi, sont non seulement très dilatables, mais aussi très érectiles, et qu'ils occupent, et dans l'un et dans l'autre cas, un espace plus grand que dans l'état flasque et anémié qu'on observe ordinairement. Il peut s'agir 1) de congestions actives avec vasodilatation, suite d'émotions ou d'irritations ; ces causes déterminent par exemple que la crête, la barbe et le peigne de coqs, ou de coqs de bois courroucés, se redressent ou que, et ceci est fréquent, les plexus des ventricules latéraux crèvent. Chez des hommes en colère ou chez des taureaux irrités par des lambeaux rouges, ils s'érigent également, ainsi que les replis du conduit auditif, chez des coqs de bois en chaleur, etc., ou il peut s'agir 2) de stases veineuses, surtout pendant le sommeil. Sans entrer maintenant dans les détails anatomiques de ce dernier phénomène, remarquons seulement que sur des pigeons en sommeil ou retenus quelque temps dans l'obscurité, puis tués le plus vite possible, on trouve anémie du cerveau, hyperémie veineuse des plexus du IV^e ventricule et hyperémie du peigne (Ziem, 1897) ; que par l'érection du petit pont entre les plexus médians et latéraux du IV^e ventricule, telle ou telle pression semble pouvoir être exercée sur les stries acoustiques, sur l'*arca* de l'hypoglosse, le noyau du nerf animal, et dans les recessus latéraux¹⁷, même sur le nerf pneumo-gastrique ; que d'après l'avis de Heubner, de Duret, de Kolisko et Th. Meynert¹⁸, l'anémie ou la constriction spasmodique de l'artère choroïdienne peut amener des stases et des altérations

fonctionnelles du tractus optique, des cornes d'Ammon, centre de l'odorat; que de plus, l'hyperémie veineuse des plexus choroïdiens latéraux peut impliquer aussi une partie des thalami optici associés d'après W. Wundt, Crichton, Browne et d'autres au sens du toucher.

De toutes ces données résulte-t-il que le rôle des plexus choroïdiens n'est pas seulement la sécrétion de liquide céphalo-rachidien, mais qu'ils servent plutôt ou en outre : 1° de réservoirs ou propulseurs, d'après Birch-Kirschfeld et A. Erlenmeyer dans les congestions actives vers la tête ;

2° dans le sommeil, d'une manière pas encore assez claire, du reste, pour engourdir les sens et pour faciliter pendant le ralentissement de la circulation intracrânienne la métabolie dans la substance nerveuse.

Or, on comprendra aisément que si un procès févreux, infectieux, intéressant aussi les organes de la tête, s'y joigne, la quantité du sang des plexus, assez considérable normalement, s'agrandit encore, en augmentant le liquide ventriculaire et produisant l'hypertension cérébrale. Mais l'évacuation des ventricules, visée par la ponction lombaire, ne peut être, naturellement, que d'une efficacité tout à fait passagère, en tant que la cause de l'érection des plexus n'est pas écartée tout à fait, de même que le glaucome, érection des plexus ciliaires, n'a jamais été guéri par les paracentèses même répétées de la chambre antérieure.

En considérant dûment toutes ces raisons, nous serons certainement disposés à restreindre la ponction lombaire, pratiquée, même à cause de migraine et de simples maux de tête, dans un beaucoup trop grand nombre de cas, toujours cito et jucunde, quoiqu'elle ait été suivie d'après Schönborn¹⁹, déjà de plus de 30 décès, effets incontestables quelquefois de l'opération elle-même, et que, en outre, sa valeur thérapeutique soit assez précaire jusqu'à présent, même d'après l'avis de MM. Chavasse et Mahu²⁰, partisans de l'opération. Mais en tout cas il sera désormais indispensable de la faire précéder des agents que voici :

- 1° de purgatifs inoffensifs ;
- 2° de bains de pied dérivants, de bassinoires, etc. ;
- 3° de boissons rafraîchissantes, non alcooliques, fréquemment données ;
- 4° d'un traitement méthodique d'affections oblitérantes et suppuratives du nez, concomitantes.

ad. 1. L'emploi de purgatifs inoffensifs, de tamarins p. ex., dans l'hypertension cérébrale, conforme du reste à un très ancien

principe thérapeutique, se fonde sur l'existence d'anastomoses nombreuses des veines intestinales, lombaires, azygos et hémiazygos avec les veines spinales et médullaires (Hyrtl²¹).

ad. 2. A des malades alités on n'appliquera, naturellement, que des bains de pied tièdes ou chauds, etc.

ad. 3. L'emploi de boissons d'une manière fréquente, de lait, de thé au lait, de l'eau sucrée, de cerises, de framboises, de citrons, de groseilles vertes, d'airelles, de pommes, de prunes, etc., trop souvent négligé dans les affections fiévreuses de la tête, y est d'après mes expériences de grande valeur, pour stimuler et rétablir la sécrétion des glandes salivaires, surtout de la parotide, et pour décharger l'hyperémie veineuse ou lymphatique de l'intérieur du crâne.

ad. 4. En lisant telle ou telle histoire de personnes traitées par une ou même plusieurs ponctions lombaires, ou en étudiant des comptes rendus sur la ponction, on est frappé du peu de détails ou même du manque absolu de détails quant à l'état du nez ou des sinus. C'est ainsi que dans un des derniers numéros de la *Berl. Klin. Wochenschr.*, il s'agit d'un cas de méningite septique avec fièvre, vertige, maux de tête, opisthotonos, haleine fétide, herpès de la lèvre supérieure et du côté droit du nez, puis herpès « de tout le nez en dehors et en dedans », dysphagie, pneumonie etc., traitée, mais naturellement non pas guérie, par 3 ponctions lombaires, mais il n'y avait aucun traitement méthodique de la muqueuse nasale, probablement suppurante. Quoique je n'aie pas encore traité des méningites indubitables par des lavages nasaux et pharyngés, au sel et à l'aide de la pompe foulante et de tuyaux troués directs ou courbés pour le naso-pharynx, je crois cependant que, combinés aux moyens susdits et à l'aération soigneuse ou continuelle, de tels lavages seront, selon toute probabilité, de bon effet même dans la méningite cérébrospinale épidémique, où la ponction lombaire a tout à fait échoué et où échoueront, naturellement, de même le drainage permanent de la cavité subarachnoïdienne et la dissection du ligament de la nuque, propositions que, le cas échéant, les auteurs eux-mêmes refuseraient de faire faire sur leur propre personne. Mais quoi qu'il en soit, par les lavages nasaux j'ai constaté sur tant de personnes avec « heat oppressed brain » et sur moi-même tant de soulagement « rocking the brain and steeping the senses in forgetfulness », que des anastomoses lymphatiques naso-méningéales facilitant la décharge de liqueur cérébrale, doivent, selon ma conviction exister aussi chez l'homme et dans une étendue plus grande que

M. Marc André de Paris vient de les trouver tout récemment²². Certes, il sera indispensable, ce qui, du reste, a été signalé déjà en 1891 par feu J. de Gerlach d'Erlangen²³, de ne se servir dans ce but que de têtes *tout à fait* fraîches, comme par ex. de têtes de criminels non pendus, mais décapités, injectées selon l'art, *immédiatement après la mort*.

Espérons que ces recherches seront bientôt couronnées d'un succès éclatant, pour pouvoir baser notre manière de voir et d'agir sur des données anatomiques et physiologiques tout à fait incontestables ; espérons que l'importance essentielle de maladies nasales concomitantes pour la pathologie de toute la tête, y compris les blessures et nombre de maladies intracrâniennes et mentales, déjà mal traitées également par la ponction lombaire, sera dans un temps pas trop lointain reconnu de tout le monde.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ziem, Schriften d. Naturforsch. Gesellsch. v. Danzig, 1894 ; Monatschr. f. Ohrenheilk., 1897, n. 11-12 ; Arch. Internat. de Laryngol., 1894, p. 931.
 - 2. Handb. d. Anatom. d. Menschen, 1903, p. 518 et 532. — 3. Handatlas d. Anatom. d. Menschen III, 2, 1903. — 4. Atlas d. topograph. Anatomie, 1900, I, p. 64. — 5. Lehrb. d. Anatomie, 1873. — 6. Cf. Merkel, Handb. d. Topogr. Anatom. 1885, p. 78. Zuckerkandl, loc. cit., p. 76. Spalteholz, loc. cit., p. 682. — 7. Handatlas d. Nervensystems 1900, Taf. 11, fig. 3. — 8. Topogr. Anatom., 1882, I, p. 131. — 9. Lehrb. d. Anatom. II, 2, p. 408, 1894 ; Hermann, Topogr. Anat. 1902. — 10. Hyrtl, loc. cit., p. 146. — 11. Anatom. d. Nervensyst., 1871, p. 313. — 12. Ziem, Virchow's Archiv. 126, Bd. 1891. — 13. Loc. cit., I, p. 277. — 14. Loc. cit., II, p. 204, 1871. — 15. Handb. d. Anat. 1873, p. 124. — 16. V. la belle fig. d'après Browning et Braune dans Merkel, loc. cit., p. 150. — 17. V. Zuckerkandl, loc. cit., p. 73 ; Spalteholz, loc. cit., p. 637 ; Merkel, loc. cit., p. 117. — 18. Psychiatrie 1890, p. 192. — 19. Sammlg. klin. Vorträge, 1905. — 20. Bull. d. I. Soc. Franç. d'Otol., 1903. — 21. Top. Anat. I, p. 151. — 22. Ces Arch. 1905, t. XIX, p. 632 et t. XX, p. 298. — 23. Handb. d. Anat., 1891, p. 250.
-

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'OPÉRATION RADICALE DE LA SINUSITE FRONTALE

Par **W. FREUDENTHAL** (de New-York).

Depuis que j'ai lu mon rapport sur la cure radicale de l'empyème du sinus frontal, il y a un an, j'ai eu occasion d'opérer quatre nouveaux cas. J'ai l'honneur de vous en présenter aujourd'hui les résultats. J'ai constaté quelques faits particuliers en relation avec cette opération; je crois qu'il est utile à ceux qui s'occupent de la spécialité, d'en avoir connaissance. Dans l'année qui vient de s'écouler, j'ai pratiqué dans deux cas l'opération-type de Killian et, dans deux autres, une variété de cette opération.

A l'heure actuelle, règne encore une grande divergence d'opinions au sujet de l'opération radicale; il y a des deux côtés des gens qui poussent leur opinion à l'extrême. Bien que nous rendant compte que quelques confrères opèrent beaucoup trop souvent, nous n'avons pas le droit de dire, comme le font quelques autres, qu'autrefois nous traitions la sinusite frontale sans résultats fatals et que cela doit nous servir de leçon. Nous pourrions par analogie dire : autrefois on n'opérait pas les appendicites et cependant, à en juger par l'expérience de quelques médecins, personne ne mourait de cette affection. Moi-même je vis, en ma qualité de médecin militaire à Fribourg, en Allemagne, pas mal de cas de pérityphlite, je n'en ai pas en mémoire le nombre exact, qui tous guérissent par des applications chaudes ou froides. Mais, serait-il sage aujourd'hui de vouloir contredire un chirurgien expérimenté quand il propose la résection de l'appendice? Sans doute, on a, sans nécessité, enlevé des appendices normaux, et ces erreurs peuvent aussi bien se produire dans les opérations sur le sinus frontal. La question importante que nous avons à décider est celle-ci : pouvons-nous, par l'opération, sauver un malade donné qui sans cela serait perdu? La réponse est « oui », parce que nous pouvons aujourd'hui mieux faire le diagnostic des affections du sinus frontal qu'il y a dix ans. Je suis convaincu qu'on a laissé mourir, avec le diagnostic d'abcès du cerveau, etc., plus d'un malade qui, aujourd'hui, pourrait être sauvé par l'opération. Mais il y a encore un autre point important. Supposons que nous ayons un cas d'empyème du sinus frontal, dans lequel nous ne pouvons faire qu'un drainage nasal imparfait. Savons-nous le temps qu'il faut au pus pour corroder l'os et arriver à la dure-mère? En retardant l'intervention, nous laissons exister la possibilité d'une infection

des méninges. Je suis de l'avis de Beaman Douglass que, dans ces cas, une pachyméningite peut apparaître à n'importe quel moment et qu'une lésion cérébrale peut être la conséquence de la suppuration nasale, car, « étant données les larges anastomoses lymphatiques et vasculaires existant entre le nez et le cerveau, nous ne pouvons pas compter que ce dernier puisse échapper à une simple extension de l'inflammation ». Certainement le cas de Panas doit nous servir de leçon. Son malade mourut de méningite et l'examen du pus montra que la suppuration du sinus était causée par le staphylocoque doré, et celle des méninges par le streptocoque, c'est-à-dire par une infection secondaire. La perforation était dans le plancher de l'orbite à travers la petite aile du sphénoïde (voir Stucky. *Lancet-Clinic*, 17 décembre 1904). Nous ne devons pas non plus ignorer les résultats désastreux rapportés, toujours à ce sujet, par Dreyfuss et par d'autres.

Les graves symptômes cérébraux ne sont pas, je crois, rares dans ces cas chroniques de sinusite frontale. Je me permets de vous rappeler mon quatrième cas (*Journ. amer. medic. Ass.*, 11 février 1905). Souvent le malade avait l'impulsion de se jeter par la fenêtre, impulsion qui n'a plus reparu depuis qu'il a été opéré, il y a dix-huit mois.

Un cas qui a eu une terminaison fatale est le suivant :

M. S. S..., 50 ans, était atteint de polypes du nez et de sinusite frontale. Les polypes furent enlevés à New-York par moi-même, à Paris, à Londres, à Vienne, etc. Personne ne proposa l'opération radicale. Un jour, étant en excursion dans l'Ouest, il s'éveilla avec un violent mal de tête qui alla en augmentant pendant six jours; il se suicida. Quand sa céphalée devenait violente, l'écoulement nasal cessait; il y a dû avoir une rétention du pus qui fut cause de cette aberration mentale. Bien que je ne puisse produire aucune preuve positive de ce que j'avance, je suis néanmoins convaincu qu'il en a été ainsi.

Le dernier cas est celui de I. P..., âgé de 25 ans. Depuis l'âge de quatre ans, il avait des troubles du côté du nez, qui se manifestaient par un abondant écoulement, une mauvaise odeur, de la douleur et de la céphalée. Ces symptômes furent négligés jusqu'à l'âge de 14 ans. On le traita par des lavages, etc., mais sans amélioration. Il y a deux ans, l'opération radicale fut pratiquée par un de nos collègues de Londres bien connu, mais le patient n'en retira aucun soulagement. Il est conducteur sur une ligne de chemin de fer élevé, il m'a raconté qu'il a prié quelques-uns de ses camarades de veiller sur lui, car il craint qu'il ne lui arrive quelque chose. Il a, à l'heure actuelle, une sinusite frontale double avec un drainage incomplet, mais il redoute une nouvelle opération.

Tous ces cas nous avertissent de nous tenir constamment sur nos gardes. D'autre part, je suis convaincu qu'il y a des milliers d'individus qui circulent avec des empyèmes chroniques d'une ou de plusieurs cavités accessoires, pour lesquels nous ne jugerions pas qu'il y ait lieu d'opérer. Sans doute, chacun de vous a eu à traiter des cas de ce genre. Ainsi, par exemple, le frère de M. C. M... (un de mes malades), a été soigné par moi, pendant quatre ans, pour des polypes du nez. Il revient me voir toutes les fois qu'il ne peut plus respirer d'un seul ou des deux côtés du nez. A ces moments-là, son mal de tête est habituellement si violent qu'il ne peut vaquer à ses occupations. Il a, sans aucun doute, un empyème chronique des deux sinus frontaux. Dès qu'un grand nombre de polypes est enlevé, qu'il n'a plus aucun symptôme, il ne revient plus, car il est débarrassé, puisqu'il y a ainsi un drainage parfait. Pendant l'été, il prend des bains de mer et ne ressent aucun trouble du côté du nez. Je n'ai jamais songé à lui proposer l'opération radicale; cela peut durer ainsi très longtemps, et peut-être que jamais il n'aura besoin d'une intervention radicale. Ces dernières sont *toujours* dangereuses, puisqu'il y a eu de nombreux accidents graves et même mortels. En Amérique, si je ne me trompe, on rapporte peu d'issues fatales, tandis qu'en Europe, l'opérateur habile qu'est Luc en compte cinq sur ses trente premières opérations. Tout en ayant constamment ces faits devant les yeux, je sais qu'il y a des cas dans lesquels l'opération radicale est notre seule ressource. C'est ce que j'ai fait dans le cas I avec d'excellents résultats.

M^{me} A. S., 68 ans, avait de la diplopie depuis quinze mois. Elle avait aussi depuis de longues années un rhume de cerveau très désagréable. L'année dernière, elle fut soignée par un confrère et son rhume de cerveau s'améliora, bien que, pour être dégagée, elle fût obligée de faire des irrigations nasales, trois à quatre fois par jour. Cependant, les troubles visuels ne s'améliorèrent pas. Quand je la vis en consultation, elle était atteinte d'une exophtalmie marquée de l'œil gauche qui faisait saillie en avant et était dévié en même temps vers la région temporale. La région antérieure et une partie de la région postérieure du cornet moyen est enlevée; le pus venait de la région de l'infundibulum et avait sa source dans le sinus frontal. M^{me} S... voulait absolument être opérée, car elle craignait de perdre la vue et tenait à ce que son œil reprît son aspect primitif. L'opération de Killian fut faite au commencement de juin 1904. Le sinus frontal ne s'étendait qu'un peu au-dessus du sourcil et était rempli de tissu de granulation et de pus. Après avoir enlevé à la gouge l'apophyse frontale, je pus extraire facilement toutes les cellules ethmoïdales, car elles n'étaient plus qu'une masse dégénérée. Le sinus sphénoïdal fut aussi débarrassé; la plaie extérieure fut fermée.

Malgré l'âge avancé de la malade, la guérison fut parfaite. Au bout de dix jours, elle sortait de l'hôpital; l'écoulement du nez persista, mais à un faible degré, pendant six semaines. Aujourd'hui, la malade est en parfaite santé, l'écoulement n'existe plus, l'exophtalmie a disparu, il n'y a qu'une légère cicatrice sur la région latérale du nez. C'est en un mot, comme je l'ai dit, un cas parfait.

Je ne rapporterai pas le second cas qui ne présente aucune particularité intéressante.

Au sujet du troisième malade, un homme de 41 ans, dont le sinus frontal ne dépassait pas le sourcil, je dirai seulement qu'en curettant le tissu gangrené, je mis à nu la dure-mère. Je ne considère pas cet accident comme bien important, tant qu'on opère aseptiquement. La température la plus élevée du malade, après l'opération, fut de 100° Fahrenheit. Il quitta l'hôpital le neuvième jour après l'intervention. Hitz, de Milwaukee, rapporte un cas dans lequel il mit la dure-mère à nu en deux régions; le malade guérit (*Laryngoscope*, avril 1905).

Le cas IV offre avec les précédents un contraste remarquable; je vais le rapporter et je crois qu'il intéressera tous ceux qui assistent à cette réunion. Il a été décrit en partie dans mon article précédent sous le n° III; je vais répéter brièvement l'histoire du malade.

M. C. M..., négociant en gros, vint, il y a plus de deux ans, me consulter pour des symptômes aigus. Il me raconta que depuis trois ou quatre ans il ne pouvait pas bien respirer par le nez. Il ignorait si pendant ce temps il y avait ou non du pus. Trois mois auparavant, des polypes avaient été enlevés en plusieurs séances par un de nos confrères. Après la dernière ablation, il eut des maux de tête terribles. Mais plus tard, il lui sembla que quelque chose s'était brisé, qu'un abcès s'était ouvert; il se sentit alors mieux. Au bout de dix jours, les douleurs revinrent; elles étaient si fortes qu'il ne pouvait dormir. Les deux derniers jours, au contraire, bien que la douleur ne l'eut pas quitté, il était en état de somnolence constante. Il était un peu sous le coup de vertiges, de sorte que sa femme fut obligée de le conduire chez moi; son esprit ne semblait pas parfaitement lucide; il répondait lentement et en hésitant aux questions que je lui posais. Température : 101° Fahrenheit. Pas d'appétit.

Examen. — Je constatai que la région au niveau du sinus frontal droit était enflée, l'œil droit tant soit peu fermé. Grande sensibilité au toucher du rebord sus-orbitaire. L'éclairage par transparence montra une ombre du côté droit. Dans les fosses nasales, quelques polypes et une masse de pus. En présence de la gravité des symptômes, je proposai l'opération radicale immédiate, mais le malade préféra attendre.

Ce délai me permit d'enlever les polypes. Le malade devint

plus faible, eut des nausées, etc.; enfin, au bout de huit jours, la famille consentit à l'opération.

Opération radicale par la méthode de Kuhnt. Les sourcils sont rasés; incisions horizontale et verticale. Le périoste est relevé en haut et rabattu; le sinus est ouvert au-dessus de l'arcade. La cavité, pleine de pus et de granulations, n'était pas très vaste. Toute la paroi antérieure était atteinte; elle fut donc enlevée; curettage soigneux du reste du sinus. Drainage nasal; on place le tube de Myles et on bourre le sinus de gaze. Guérison sans incidents.

Voilà l'histoire antérieure. Mais, neuf mois plus tard, le patient revient me trouver avec de la céphalée légère, obstruction du nez, etc. Après curettage de quelques-unes des cellules ethmoïdales et lavage du sinus frontal, il fut guéri en deux jours et ne revint que six mois après. Mêmes symptômes, même traitement et même résultat. Le 12 avril 1905, je le revois; les symptômes sont devenus beaucoup plus graves. Tout le côté droit de la tête était douloureux, surtout la région sus-orbitaire droite qui était enflée et très sensible au toucher. Température 100° F.; un peu de vertige. Nous fîmes notre possible pour soulager le malade, mais nous n'y réussîmes pas cette fois-ci; les symptômes s'aggravant rapidement, il était évident que nous allions avoir à faire une deuxième opération radicale. Sans doute, l'opération de Kuhnt n'avait pas été suffisante; la famille hésitait à exposer le patient à une opération plus radicale encore. Les méthodes intranasales n'apportaient aucun soulagement. La céphalée devint très intense, le malade avait des nausées; il était évident pour tout le monde que le malade était perdu si l'on n'ouvrait pas le sinus par le dehors. C'est ce que nous fîmes le 17 avril 1905, à 7 heures 1/2 du matin; nous pratiquâmes l'opération-type de Killian. En ouvrant le sinus, nous le trouvâmes très grand et s'étendant jusqu'au rebord externe de l'œil. Sans doute, lors de la première intervention, lorsque nous avions trouvé le sinus tout petit, il devait y avoir une poche, séparée du reste par une cloison qui avait échappé à nos regards. La cloison avait subi la dégénérescence, de sorte que le sinus s'offrait à la vue dans toute son étendue. On l'explora facilement dans toutes les directions, on le débarrassa de la masse considérable de tissu nécrosé, etc., qui remplissait chacun de ses recoins. Les autres points de l'intervention furent exécutés strictement suivant la méthode de Killian. Avant de fermer la plaie, nous sondâmes le sinus sphénoïdal, ce qui fut fait par moi-même et par un de mes assistants; le sinus était intact, il n'y avait

donc pas de raison d'y pénétrer. Disons de plus qu'il n'y avait pas de communication entre les sinus frontaux, ni de communication en bas, vers la cloison. L'opération avait duré plus de deux heures. Le poulx avait été mauvais dès le début et pendant toute l'opération. Le malade, remis au lit, eut une syncope qui disparut après des injections de strychnine, de camphre, d'huile et de solution saline; on administra du whisky par le rectum.

L'après-midi, le malade vomit en une fois environ trente grammes d'un liquide brunâtre, mais, somme toute, la journée fut assez bonne. Pendant la nuit, il fut quelque peu agité et ne dormit que par intervalles. Le lendemain matin (température 101° F.), le malade me dit qu'il n'y voyait pas de l'œil gauche, c'est-à-dire du côté non opéré. Je changeai immédiatement le pansement; non seulement je vis que la plaie avait bon aspect, mais le malade me dit qu'il y voyait maintenant. Je refis donc le pansement tel qu'il était avant. Mais le lendemain, quand le patient me dit qu'il n'y voyait pas de l'œil gauche, je compris que les choses prenaient une tournure grave. Je refis le pansement et examinai avec soin les cavités accessoires. Rien d'anormal ne fut découvert. Les deux sinus sphénoïdaux étaient intacts. Je repassai avec mes assistants chaque période de l'opération, mais nous ne trouvâmes rien que nous n'eussions fait dans un cas semblable. Le Dr Henry S. Oppenheimer fut appelé en consultation et fut d'avis qu'il avait dû se produire une fracture quelque part, près du trou optique, fracture par contre-coup, à la suite de la trépanation de l'os. Il fut étonné que ces accidents ne se produisent pas plus souvent. Néanmoins, il y avait d'autres possibilités, et j'avoue que j'espérais toujours que ce cas finirait par n'être que de l'hystérie, comme le croyait fermement un des assistants. J'ai le regret de dire que la marche des événements donna raison au Dr Oppenheimer. Le Dr Charles May, qui vit le malade le lendemain, fut aussi de l'avis du Dr Oppenheimer. J'ordonnai l'iodure de potassium et le repos absolu. Le quatrième jour après l'opération, en faisant le pansement, on remarqua un petit abcès d'un point de suture à l'angle interne de l'orbite (température 100° Fahrenheit). Nous ne nous en inquiétâmes pas. Le onzième jour, le malade eut la permission de rentrer chez lui, avec une petite mèche de gaze *in situ* et du diachylon sur la petite plaie. Il allait si bien qu'il commit quelques imprudences; le pansement tomba pendant cette nuit-là. Il s'ensuivit une infection secondaire qui se manifesta trois jours après par une abondante suppuration. Il nous fallut quelques semaines de traitement avant de nous rendre maîtres de la situation: fort heureusement, les sinus ne furent pas infectés.

Les dernières nouvelles communiquées par le Dr Oppenheimer (juin 1905) nous apprennent que l'atrophie du nerf optique était évidente. Nous n'avons donc plus de raison de douter de l'existence d'une fracture près du trou optique, avec compression du nerf. Au début, alors qu'on ne trouvait rien d'anormal à la rétine, il y avait d'autres possibilités qui pouvaient être mises en avant. La première, c'était l'hystérie, qu'on élimina bientôt, ainsi que la névrite rétro-bulbaire aiguë. Un point plus important était la présence possible de pus dans le sinus *sphénoïdal* droit qui, à travers la cloison, aurait fait irruption dans l'autre sinus sphénoïdal. J'y pensai tout de suite, me rappelant le cas très intéressant de cécité subite rapporté par T. A. Halsted, de Syracuse (N. Y.). Dans ce cas, il y avait des empyèmes des sinus maxillaire, sphénoïdal et ethmoïdal droits qui ne produisirent pas de symptômes oculaires jusqu'à l'apparition d'une cécité subite du côté opposé. Le malade guérit par le traitement du sinus sphénoïdal *droit*. En parlant de l'anatomie de cette région, Halsted dit que l'os le plus mince de tous est la plaque osseuse qui sépare le sinus sphénoïdal du trou optique, qui laisse passer le nerf optique et l'artère ophtalmique. Tenant compte de la minceur de l'os, on sera frappé « par la rareté des cas rapportés de névrite optique et de cécité, dus à la suppuration sphénoïdale et aux abcès de la région; cela a sans doute pour cause le fait que ces sinus et ses affections ont été souvent méconnus quant à leur faculté de causer des maladies » (*Archives of otology*, 1901, p. 222). Probablement il y a eu des cas semblables, mais on n'y a pas fait attention. Dans notre cas, cependant, il n'y avait pas eu d'autres accidents; la seule cause possible était une fracture au voisinage du trou optique. Il y a des cas dans lesquels cette fracture, résultat d'une chute sur le nez ou sur le front, fut causée par le seul contre-coup et il est étonnant de voir qu'on n'en parle pas déjà comme conséquence de la trépanation de ces régions. Si ces accidents se produisaient fréquemment, ils seraient une sérieuse contre-indication à toute intervention radicale sur le sinus frontal. Dans notre cas, le retard de l'opération aurait mis en danger la vie du patient et si même nous avions songé à l'éventualité de cet accident, nous devions risquer la perte d'un œil plutôt que celle de la vie.

Pour éviter à l'avenir ces fractures par contre-coup, il serait peut-être bon de placer la tête du malade sur un coussin mou, tant soit peu élastique, pour diminuer la commotion pendant l'opération.

Traduction par MENIER (de Figeac).

IX

ABCÈS EXTRADURAL PÉRISINUSIEN OPÉRATION SUIVIE DE GUÉRISON CONSIDÉRATIONS PRATIQUES¹

Par **Louis BAR** (de Nice).

Les abcès encéphaliques otogènes donnent lieu parfois à des symptômes si peu précis et si variables qu'en maintes circonstances on ne peut émettre que des présomptions relatives à leur existence. Cette question des plus discutées en otologie se trouve l'être avec d'autant plus de raison qu'en pareil cas la vie d'un malade dépend autant d'un excellent diagnostic que d'une ferme et juste décision opératoire.

M. E., 48 ans, employé au chemin de fer P. L. M., à titre de contrôleur, nous fut adressé en novembre 1903 par notre distingué confrère, le Dr Balestre. Le patient se plaignait d'une céphalalgie endopariétale gauche. Il accusait une forte diminution de l'ouïe, tandis que son oreille ne présentait à l'autopsie qu'un tympan rose rouge, à travers lequel on devinait un peu d'otite scléreuse de la caisse. Comme après quelques soins appropriés le malade se sentait amélioré, plein de confiance en sa santé antérieure, il reprit son travail, et ne vint plus nous voir.

Trois semaines étaient écoulées depuis que nous l'avions perdu de vue, lorsque notre confrère nous pria d'aller à nouveau visiter le malade, en proie qu'il était depuis plusieurs jours à des douleurs devenant de plus en plus violentes. Nous apprîmes dès lors que dans l'intervalle de nos entrevues, M. E. n'avait éprouvé qu'un peu de suintement purulent à l'oreille, intermittent et à peine remarqué, mais que dans les régions frontales et temporales gauches, la douleur était parfois insupportable, intermittente, espacée par des périodes d'accalmie. Un examen direct de l'oreille nous fit connaître que, quoique au dire du malade, jamais écoulement antérieur ne se fût manifesté, il y avait actuellement les signes d'un écoulement récent, caractérisé par la tuméfaction du tympan, et une légère perforation. De plus le malade était anxieux, avec un facies subictérique ; durant l'intervalle des crises, il demeurait soucieux de son mal. La pointe de la mastoïde était à peine sensible à la pression tandis que quelque forte que celle-ci fût, la base n'en éprouvait aucun mal. Mais la partie postérieure de l'apophyse mastoïde et la région temporo-occipitale y

1. Communication au Congrès international d'otologie, 1904.

étaient au contraire très douloureuses soit spontanément et par crise, soit à la pression. Paroxystique, térébrante ou obscure. — La température restait sans indication précise, atteignait parfois 38° avec un pouls petit, quelquefois filiforme. — Enfin accès de vertige, crises de désespoir. — Aucun examen ophtalmoscopique.

Le paroxysme de douleur encéphalique allant *crescendo*, le malade se résigna à subir l'opération que nous lui avions proposée d'une trépanation mastoïdienne. Celle-ci, sans être de grande urgence au point de vue de la vie du malade, paraissait toutefois devoir être rangée parmi les trépanations d'opportunité que les indications suivantes justifiaient d'ailleurs :

Douleur spontanée tenace dans la partie postéro-mastoïdienne gauche; douleurs provoquées en cette région de la mastoïde, intense et tenace. Pas de gonflement, pas de réaction fébrile, mais des phénomènes cérébraux d'impatience et de douleurs encéphaliques spontanées qui faisaient songer à l'irritation méningée.

À l'exemple de Broca et de Schwartze, nous marchâmes tout de suite vers l'antre par voie auriculaire, mais nous nous trouvâmes aussitôt arrêté par la structure de l'os mastoïdien profondément éburné. Comme l'antre était le premier but à atteindre, une hémostase parfaite étant maintenue de rigueur, toujours avançant parallèlement au conduit et travaillant uniquement à la gouge et au marteau, nous rencontrâmes une cavité fongueuse d'environ un centimètre et demi de profondeur qui, d'une part, se continuait avec l'antre et qui, d'autre part, à cause de la fonte purulente des cloisons intercellulaires, s'était remplie de fongosités purulentes et saignantes en haut vers le plancher cérébral avec perforation spontanée du toit et constituant un abcès extra-dural. Celui-ci se dirigeait en arrière vers la fosse cérébelleuse, donnant lieu à une dénudation périsinusale très vaste par suite de la fonte spontanée de la corticale interne et des fongosités accumulées autour du sinus. — La partie la plus encombrante des fongosités fut enlevée et dès lors, jugeant qu'il serait dangereux autant qu'inutile de gratter sur cette région dont les fongosités s'élimineraient spontanément, ayant jugé aussi que le sinus et la dure-mère pouvaient être perforés et devenir en conséquence le point de départ d'une hémorragie profuse, d'une infection veineuse et d'accidents septicémiques ou même d'embolie aérienne, nous demeurâmes dans une prudente réserve. — Une exploration de tout le système rayonnant des cellules mastoïdiennes fut alors pratiquée et nous mena à réséquer au moyen de la gouge et de la pince-gouge toute la partie osseuse et irrégulière qui surplombait la cavité, de sorte que la mastoïde ainsi libérée, l'opération put être terminée par un simple traitement antiseptique au salol, occlusif et sans suture des parties molles. Les suites furent très simples. En effet deux jours consécutifs à l'antécédent s'étant passés sans accidents cérébraux ou pyohémiques, aucune ostéite secondaire par propagation, aucun décollement du cuir chevelu n'ayant eu lieu, il ne restait plus qu'à attendre la guérison complète qui fut achevée en moins de trois semaines.

Si le malade n'eût point été opéré que fût-il advenu ? Une thrombose, une phlébite, une méningite l'auraient sûrement fait mourir. C'est remarquer une fois de plus à quel danger expose une suppuration endocranienne et quelle importance il y a à faire un diagnostic précoce d'un état parfois difficile à préciser. Et ce diagnostic est d'autant plus important et plus difficile que des lésions diverses peuvent s'associer entre elles, qu'un abcès dure-mérien peut être en même temps périsinusien ; qu'il peut s'adjoindre une sinusite à un abcès encéphalique, qu'une thrombose des sinus peut masquer un abcès temporal ou cérébelleux ; qu'enfin un abcès cérébral, un abcès cérébelleux, une thrombose des sinus ou une leptoméningite peuvent être réunis. Les observations de MOOS¹, de KNAPP², de GRADENIGO³, d'OTTO HEUSINGER⁴ ne laissent aucun doute à cet égard, ces opérateurs ayant pour la plupart abandonné sur la table d'autopsie ou montré dans le cours d'une opération mastoïdienne, les preuves manifestes de la coïncidence de si graves lésions. Aussi par des études approfondies de séméiologie a-t-on été conduit à la recherche de quelque signe qui fût, sinon pathognomonique du moins très important à connaître, mais on a trouvé que si, pour un observateur expérimenté, il y a dans l'ensemble des symptômes cliniques du malade quelque phénomène qui l'éclaire, ce signe n'étant jamais malheureusement adéquat à lui-même dans une série de cas anatomiquement semblables, il ne peut en tirer un parti radical. En effet l'infection de la cavité crânienne s'annonce de diverses manières lorsqu'elle est consécutive à une affection otique : tantôt ce sont les signes cliniques d'une infection générale, tantôt ce sont des troubles fonctionnels du cerveau comme une paralysie ou une contracture ; un signe cependant domine tous les autres par sa constance presque absolue autant que par son intensité remarquable, c'est la douleur. Sous la forme d'une céphalalgie, et d'une céphalalgie très particulière, la douleur, dès qu'elle paraît, semble être le cri d'alarme des méninges et du tissu nerveux envahis par les germes septiques. C'est pourquoi en pareil cas il a été dit⁵ qu'elle se montre comme l'indice du point de concentration de la lutte pathologique, de même que le point de côté est le signe révélateur d'une lésion pulmonaire. Profonde et accablante, cette douleur diffère des

1. MOOS, *Arch. of. ot.*, 1894.

2. KNAPP, *Arch. of. ot.*, V, XXI.

3. GRADENIGO, V^e Congrès international, 1895.

4. OTTO HEUSINGER, *Wirchow, Arch.*, 1857.

5. A. MIGNON, *Clinique otologique du Val-de-Grâce*, p. 466.

douleurs névralgiques ou ostéomyélitiques de la mastoïde, car celles-ci sont plus vives, plus aiguës parfois mais plus périphériques et surtout moins déprimantes. De plus elle est toujours constante et c'est là un signe dont il faut tenir particulièrement compte. En dehors d'elle, il convient de s'arrêter aux signes différentiels des diverses lésions ; mais nous le savons, quelquefois il n'en existe point ou bien ceux qui existent sont insignifiants. En effet les frissons erratiques, l'hypothermie vespérale, les nausées, les vomissements, les phénomènes méningitiques ne suffisent pas à affirmer l'abcès encéphalique, attendu que la simple rétention de pus dans la caisse peut provoquer un tel syndrome. Mais comme toutes les lésions endocraniennes retentissent sur l'appareil de la vision, lequel est anatomiquement prolongement antérieur du cerveau et de ses membranes, comme aucune d'elles ne détermine aussi souvent et aussi promptement la névrite optique que l'abcès sous-dural, l'examen ophtalmoscopique sera alors d'un puissant secours. Il le sera dans tous les cas envisagés ci-dessus et plus encore chez les névropathes, chez les neurasthéniques, chez ceux enfin où les douleurs de tête, les paralysies, les troubles oculaires peuvent faire croire à une lésion cérébrale et auprès de qui l'absence de température et de lésions du fond de l'œil doit être prise en grande considération. La fièvre et surtout la courbe de la température peut être aussi très utile pour diagnostiquer en faveur d'un abcès cérébral, d'une méningite ou d'une thrombose sinusienne. Somme toute, sauf la céphalalgie et les signes ophtalmoscopiques, on n'a guère que des symptômes vagues qui ne peuvent compter définitivement pour faire un diagnostic complet. Aussi dans le doute où de ce fait, forcément, on demeure, ne faut-il pas oublier que parmi les moyens de sauver les malades il en est un qui en même temps devient un moyen de diagnostic et qui est celui d'explorer les diverses parties profondes de l'encéphale après que, prudemment et méthodiquement, aura été faite l'ouverture chirurgicale de la cavité crânienne. En conséquence, que l'abcès soit efficacement diagnostiqué par des signes certains ou probables, qu'il soit simplement et rationnellement soupçonné, il importe d'en préciser le siège probable pour déterminer en quel point il convient d'ouvrir le crâne afin de ne pas aller à l'aveuglette chercher le foyer pyogénique. L'anatomie pathologique fournit sur ce point, et par exclusion, les données d'une approximation suffisante car elle enseigne que : 1^o la localisation de la douleur est un guide d'une infidélité notoire ; 2^o qu'on peut négliger les abcès du mésocephale trop rares et ne tenir

compte que de ceux du cerveau et du cervelet ; 3° que les abcès du cerveau siègent presque toujours dans le lobe temporal ; 4° que les abcès frontaux et occipitaux ne sont que des raretés auxquelles se rattachent des signes spéciaux de diagnostic ; 5° que les abcès encéphaliques sont presque toujours situés du côté de la région auriculaire ; ce qui signifie que c'est toujours du côté du rocher de l'oreille malade qu'on a chance de rencontrer l'abcès encéphalique et qu'on doit se ranger au conseil de Broca à savoir que, toujours, il faut pénétrer dans le crâne aussi près que possible du rocher malade.

Pénétré d'idées aussi rationnelles et en présence d'un cas que, sauf la céphalalgie persistante et une oreille suspecte, ne décelait aucun symptôme réel, nous avons ouvert l'antre et la caisse et, utilisant la voie mastoïdienne préconisée par Wheeler et aussi par Broca, nous avons abordé immédiatement l'intérieur du crâne. Là s'est trouvé l'abcès extradural et périsinusien qu'une évacuation opportune et des soins appropriés ont guéri, sauvant ainsi la vie du malade.

X

A PROPOS DE L'OPÉRATION

DE LA

TONSILLE PHARYNGÉE HYPERPLASIÉE¹

Par **Hugo ZWILLINGER** (de Budapest).

Le fait que l'hyperplasie de la tonsille pharyngée, dite végétations adénoïdes, est toujours sujet à discussion, au triple point de vue anatomique, embryologique et clinique, se voit confirmé par des communications toutes récentes de Gørke (« L'évolution de la tonsille pharyngée », *Archiv de Fraenkel*, XVI B), de Lublinszky (« Quelques notes sur les végétations adénoïdes », *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1904, 28 N), de Holz (« Guérison de deux cas d'exophtalmie bilatérale et d'un cas de chorée par l'ablation des végétations adénoïdes », *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1905, 22 janvier), d'Escat (« A quoi expose un curettage trop chirurgical du naso-pharynx; rétrécissement consécutif à l'ablation des végétations adénoïdes »), de G. Prota (« Laryngite striduleuse et végétations adénoïdes », *Arch. intern. de laryngol., rhin., otol.*, janvier-février 1905) et de Carlé (« The technique of the operation for adenoid and enlarged tonsils, with some practical suggestion », *Lancet*, 1905, mai).

Il résulte de ces publications toutes récentes que les rapports de l'amygdale pharyngée et des différents états pathologiques n'est pas encore complètement éclairci. A plus forte raison faut-il approfondir les indications de la méthode opératoire et du traitement consécutif qui, quoique d'apparence claire, présentent quelques points en litige qu'il faut encore préciser. Ce sera le but de notre présente communication.

Quant à la définition de l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée selon laquelle il y a grossissement de la tonsille pharyngée quand celle-ci dépasse le bord choanal ne fût-ce que de peu, cette distinction, disons-le tout d'abord, est, au point de vue pratique, sans valeur; les observations faites à ce sujet ont démontré que

1. Communication faite à la section rhino-laryngologique de la Société royale de médecine à Budapest.

l'influence nocive des végétations sur l'organisme n'est pas en rapport direct avec les dimensions de la tonsille : on trouve souvent de toutes petites végétations qui, cependant, sont le point de départ d'un dérangement dans l'organisme sans qu'on puisse évidemment invoquer leur volume comme cause d'un trouble mécanique.

Quant à la théorie de l'anneau lymphatique du pharynx considéré comme un organe protecteur de l'organisme, j'avoue être sceptique : l'âge où celui-ci est le mieux développé, l'enfance, est justement l'époque où l'organisme se voit le plus souvent attaqué par les maladies infectieuses. Il est vrai cependant que le danger fait augmenter les moyens de défense. Mais mon scepticisme est corroboré par les études de Stœhr ainsi que par les expériences connues de Lexer, et aussi par le fait que le tissu lymphoïde est le point de départ de leucocytes qui, sans les détruire, ne font que porter ailleurs les agents pathogènes. Les bactéries pathologiques trouvent dans ces petites végétations et à leur surface un milieu de développement fertile, de sorte que ces cas, où l'hypertrophie est peu considérable, ne diffèrent cliniquement pas du tout de ceux où les végétations sont d'un volume important.

Aussi savons-nous par expérience que l'adénotomie est dans ces cas légers d'une influence heureuse sur le poids de l'enfant, son aspect, son tempérament, bref, se manifeste d'une manière éclatante sur tout l'organisme.

Cette influence n'est pas seulement bornée à des cas où une respiration nasale insuffisante qui accompagne si souvent des hyperplasies même légères, a été la cause d'une rhinite et d'un gonflement de la muqueuse du nez. Le plus grand danger de ces menues hyperplasies repose dans leur action sur l'appareil auditif. Les affections auriculaires sont souvent déterminées par la transmission directe des agents infectieux, surtout dans l'âge de l'enfance où la trompe d'Eustaché est plus large, sa direction plus horizontale, son revêtement muqueux plus vascularisé et plus riche en glandes. Il y a des cas où l'affection de l'oreille est le seul symptôme des végétations adénoïdes. La proportion considérable des adénoïdiens parmi les sourds-muets (d'après mes recherches statistiques dans 56,7 %) ne me paraît guère fortuite, fait sur lequel j'ai déjà attiré votre attention en 1901. A ce moment je vous ai cité mes observations concernant la fréquence des altérations inflammatoires évoluées que j'ai constatées sur des préparations anatomiques de l'amygdale pharyngée de

ces malades ; ceci, ainsi que le fait qu'on trouve à la surface des végétations et dans leurs lacunes, de nombreux micro-organismes, peut nous expliquer les affections de la trompe et de l'oreille moyenne ; la disposition de ces végétations qui se trouvent enchaînées dans l'appareil lymphatique, facilite en outre l'invasion des agents pathogènes, aussi par cette voie. L'hyperplasie est ordinairement très considérable chez les sourds-muets ; cependant, il y a des cas où celle-ci n'est qu'insignifiante.

L'effet de la tonsillotomie pharyngée sur des angines récidivantes, dans certains cas de toux convulsive, dans les cas d'ophtalmie dite scrofuleuse, sur la conjonctivite phlycténulaire et certains ulcères de la cornée, cet effet direct et guérisseur de ces affections, est aujourd'hui universellement connu.

Ajoutons à ce propos que cette affection qui porte chez les spécialistes des maladies de l'enfance le nom de fièvre glandulaire de Pfeiffer et dont on a plus tard trouvé l'origine, est encore une inflammation récidivante aiguë de l'amygdale pharyngée, et l'ablation de l'hyperplasie qui parfois n'est même pas considérable, supprime toute manifestation de ladite affection. A cause de l'exiguïté de leur nasopharynx, il arrive parfois que des hyperplasies peu accusées déterminent chez des nourrissons et tous jeunes enfants des troubles des plus bruyants. D'après les recherches de Thorwald, Schwabach, Killian et d'autres ayant trait au développement embryologique de la poche et tonsille pharyngées, il paraît acquis que la première trace de l'amygdale pharyngée est constatée dans la seconde moitié du sixième mois fœtal ; dès ce moment elle se développe et ce n'est que dans la puberté que commence son évolution. Le plus jeune enfant opéré jusqu'ici pour hyperplasie de la tonsille pharyngée, était, d'après ce que je sais, âgé de trois semaines. Chez ces nourrissons, on prend et traite cette maladie pour un coryza de nouveau-nés ou syphilitique. L'attention y est attirée par l'insuffisance de la respiration nasale, le bruit causé par le passage de l'air dans les fosses nasales rétrécies, par la succion souvent interrompue et s'accomplissant plus difficilement, la sécrétion nasale abondante, par la dyspnée paroxystique ou laryngite striduleuse. L'alimentation insuffisante qui est un danger pour la vie des enfants de cet âge, le risque d'une maladie de l'oreille, le spectre de la surdi-mutité nous obligeront à examiner minutieusement le nez et le naso-pharynx. Et le diagnostic qui, du reste, n'est point facile à cet âge, d'une hyperplasie de l'amygdale pharyngée une fois établi, nous n'hésiterons pas, malgré le bas-âge du malade à en faire ablation.

L'examen à l'aide du miroir est impossible, l'exploration digitale est dans la plupart des cas impraticable; le procédé le plus recommandable est celui signalé par Kantorowicz, l'exploration du naso-pharynx par une sonde armée d'un peu de coton. On peut ainsi se rendre compte si la sonde se butte contre une paroi élastique ou bien une paroi résistante.

Le procédé de Massei qui recommande l'emploi des pinces d'une forme appropriée pour couper une partie du tissu hyperplasié ne me paraît pas avantageux et cela pour plusieurs raisons.

Les symptômes mentionnés plus haut compléteront le tableau et contribueront à confirmer le diagnostic.

Que dans ces cas l'anesthésie générale ne soit pas praticable et qu'on doive prendre ses précautions même vis-à-vis d'une anesthésie locale, ceci est clair. La narcose a de très vaillants défenseurs, mais la discussion n'en est pas encore close. Pour vous donner ma manière de voir à ce sujet, je ne suis pas partisan de l'anesthésie générale, mais avec cette réserve qu'il existe néanmoins des cas où elle est indispensable, soit quand on a affaire à des enfants récalcitrants ou nerveux, soit quand il s'agit d'une adénotomie très radicale, surtout quand elle doit être combinée à une tonsillotomie unie ou bilatérale, pratiquées dans une même séance.

Quant au choix du narcotique, mes expériences se bornent au chloroforme et à l'éther; jusqu'ici je ne me suis servi ni du chlorure d'éthyle, ni du bromure d'éthyle, ni du somnoforme. La narcose doit être très légère, la narcose de Riedel, dite « narcose minima », 80 à 100 gouttes de chloroforme sont employées pendant deux minutes, ce qui suffit pour produire et l'extinction des réflexes et cette apsychie qui sont les précurseurs de l'état d'excitation. La narcose au chlorure d'éthyle recommandée tout récemment par Neuenborn me semble digne d'être essayée. L'hémorragie pendant l'opération est dans la narcose généralement plus forte que sans elle, et on doit avertir l'entourage de l'enfant que celui-ci vomira une certaine quantité de sang avalé. En ce qui concerne l'hémorragie, notre attention est attirée sur la leucémie depuis le cas malheureux de Burger; il s'agissait d'un enfant de onze ans, ayant été atteint de cette maladie. Nous trouvons dans la littérature cinq cas cités d'hémorragie fatale après adénotomie, dont deux dus à l'hémophilie, un à une cause inconnue, un à une blessure de la carotide intervenue au cours de l'opération et un dû à une autre hémorragie artérielle. Les deux derniers cas ne sont pas suffisamment élucidés.

Des vingt-huit cas d'hémorragie très considérable après

adénotomie dont on a noté l'âge, sept d'entre eux seulement, vont jusqu'à l'âge de dix ans, ce qui prouve que le danger d'hémorragie est d'autant plus grand que l'individu est plus âgé ; car plus fibreuses et plus dures sont les végétations, plus accusées les manifestations de sclérose dues à la métamorphose régressive normale, moins est grande la rétractibilité des vaisseaux qui ont perdu de leur élasticité. L'hémorragie se manifeste immédiatement après l'opération ; les hémorragies postopératoires sont dues à des blessures des parois du nasopharynx ; celles-ci dépassent peu 0,50 %, elles sont donc plutôt rares. La cause la plus fréquente est due à la blessure de la muqueuse et l'on observe dans ces cas que l'hémorragie suivant l'ablation des végétations est occasionnée par des lambeaux de muqueuse et de tissu glandulaire qui pendent ; cette hémorragie cesse aussitôt qu'on les a complètement détachés à l'aide, soit d'un serre-nœud, soit d'une pince ou de ciseaux. La crête de l'épistrophe ou le tubercule antérieur de l'atlas étant parfois un peu saillants, il arrive ainsi qu'on enlève au cours de l'opération une partie de ceux-ci, ce qui est une des causes d'hémorragie assez importante. Parfois encore, l'extrémité supérieure du vomer faisant saillie dans la cavité naso-pharyngée est coupée, ce qui peut également donner lieu à de fortes hémorragies. Citons parmi d'autres causes : l'inflammation aiguë, la menstruation ou enfin la paralysie de vaisseaux après anesthésie locale à la cocaïne.

L'hémostase se fait dans ces cas en dehors du procédé cité plus haut par la compression ou par l'irrigation d'eau glacée ; il faut s'abstenir d'autres liquides hémostatiques à cause du voisinage de l'oreille. La compression ou le tamponnement peuvent être combinés à des poudres styptiques. La compression se fait avec le doigt, ou ce qui est également efficace à l'aide du compresseur de Schütz. Quant à l'adrénaline, elle ne s'est pas montrée efficace dans les hémorragies de cet ordre. La fréquence des hémorragies dignes d'attention est, comme je l'ai déjà dit tout à l'heure, si minime qu'elle ne mérite pas d'être prise en considération outre mesure.

Cependant, tout opérateur doit se souvenir de cette éventualité et examiner le sujet à opérer dans ce sens, et s'il y a lieu consulter le médecin de la famille pour ne pas rester ignorant de certaines prédispositions pouvant être de grande importance ; il apprendra ainsi par exemple le fait qu'on aurait pu lui cacher, que l'enfant expectore, à la moindre toux, un crachat sanguinolent ou qu'il présente à la suite du plus petit traumatisme de

fortes suffusions. Nous savons d'autre part que le danger d'hémorragie augmente si l'on se sert d'instruments très effilés et que dans ce cas, les hémorragies plus fortes sont plus fréquentes.

L'instrument à employer ne doit être ni trop effilé, ni trop mousse.

Il peut arriver, je le répète, que certaines parties des hyperplasies ne soient pas complètement enlevées ou bien qu'il en reste des parties dans le voisinage des choanes (et ceci n'arrive pas seulement à des opérateurs peu habiles !). La cause en est due au fait que la curette annulaire n'a pas été suffisamment appliquée au bord antérieur de l'hyperplasie, de sorte que l'entaille ne comprend pas ce bord antérieur, la curette s'enfonçant au milieu du tissu adénoïdien en faisant une section oblique dans celui-ci; ainsi se fait que le bord antérieur de l'amygdale pharyngée reste conservé. Or cette opération demeure inachevée, le résultat en est incomplet et insuffisant, parfois même nul. Si l'on ne procède pas séance tenante à compléter l'intervention, une opération nouvelle s'impose bientôt; celle-ci se pratique de préférence en introduisant une anse métallique courbée, selon la nécessité du cas, par la bouche, dans le nasopharynx, à l'aide de laquelle on fait l'extraction de tout ce qui reste des végétations. Il est important que le fil de fer à employer ait une certaine résistance. Cette petite intervention réussit généralement sans difficulté, l'ablation de ce tissu peu résistant s'accomplit à l'aide de l'anse froide sans douleur, l'hémorragie est insignifiante. Bientôt on a la satisfaction de se rendre compte que les symptômes fâcheux ont disparu et que la respiration nasale est devenue libre. De ce qui vient d'être mentionné, il résulte que l'adénotomie terminée, l'exploration digitale ne doit jamais être négligée.

Il faut se rendre compte de ce que tout a été enlevé et, s'il n'en est pas ainsi, on sera obligé, si pénible que ce soit pour malade, opérateur et autrui, de reprendre la curette et d'achever ainsi l'opération. Il en est qui n'enlèvent pas les parties de tissu glandulaire hyperplasié logé dans les replis de Rosenmüller, partant de l'espoir qu'une fois la grande masse des adénoïdes enlevée, ces derniers débris disparaîtront par involution spontanée. Il n'en est pas ainsi, nous avons occasion de le voir dans les cas qui nous sont amenés après avoir passé par les mains d'autres opérateurs. C'est à la curette de Hartmann de dire le dernier mot dans ces cas.

Les instruments, surtout la curette annulaire, doivent être

minutieusement examinés avant de s'en servir, car les cas où la lame se brise au cours de l'opération, deviennent de plus en plus nombreux. Kafeman cite à ce propos Holmes et Garlick. Le premier a réussi à extraire l'éclat du pharynx, dans le second cas, celui-ci fut expulsé *per rectum* sans causer de dommage; dans le cas arrivé à Kafeman lui-même, l'éclat provenant de la rupture d'un instrument tout neuf fut vomé. Ajoutons-y le cas de Zarniko. A ceux-là je suis obligé de joindre un cas personnel : au cours d'une adénotomie exécutée chez une jeune fille de dix-huit ans, la lame s'est brisée quoique l'hyperplasie n'eût pas été très résistante et qu'il n'y eût pas de vertèbre proéminente; heureusement qu'on retrouva l'éclat dans la cuvette. Encore un de ces cas d'issue heureuse.

Malgré tout cela la curette annulaire, surtout celle de Beckmann, me paraît, d'après mes propres expériences, sinon un instrument idéal, du moins toujours le meilleur parmi ceux qui sont en usage.

Chaque opérateur tirera les meilleurs résultats de l'instrument avec lequel il se sera le plus familiarisé. De même qu'il y a des cas où certaines pinces sont indiquées, il y en a d'autres où il faut combiner ensemble les différents instruments. Or, il est nécessaire que l'opérateur soit exercé dans le maniement de ces divers instruments. Inutile de vous rappeler qu'il faut scrupuleusement stériliser les instruments avant de s'en servir. Je citerai pour ceux qui ne s'en préoccupent pas, les deux cas de Putnam qui a vu se développer une méningite purulente après adénotomie; il semble acquis que l'infection s'était propagée par les voies lymphatiques ouvertes par l'opération. Coley a observé une endocardite après adénotomie, il cite en outre deux cas où il s'était établi une inflammation des séreuses à la suite de ladite intervention et cet auteur avance l'opinion que pareilles complications sont plus nombreuses que l'on ne le reconnaît. Comme cela dépasserait le cadre de la présente communication, je ne veux pas insister sur le précepte de Daniels exigeant que l'opération ne soit exécutée ni dans le cabinet du médecin, ni dans sa salle d'opération, mais au domicile du malade, le patient portant après l'intervention une plaie d'une certaine étendue propre à l'infection.

Il faut que tout médecin ordinaire sache reconnaître l'hyperplasie de la tonsille pharyngée; cependant il paraît désirable que l'ablation ne soit pratiquée que par qui a pu acquérir la dextérité nécessaire.

Il résulte de ce qui a été dit plus haut que l'opérateur doit connaître son anatomie et être familiarisé avec les méthodes d'hémostasie applicables dans cette région; de plus il doit envisager la possibilité d'une trachéotomie ou d'une intubation et y être préparé, vu le danger de l'aspiration des particules de la végétation détachée (instrument d'Urbantschitsch), ainsi que celui du spasme glottique observé le plus souvent chez des enfants atteints de rachitisme.

Rappelons à cette occasion le cas de Flatau où l'opération a été suivie de choc et d'asphyxie, le cas de Holger Mygind où il y eut collapsus après l'ablation; dans ces deux cas la trachéotomie dut être exécutée et les malades furent sauvés. Les cas comme nous en trouvons cités dans la communication d'Escat mentionnée plus haut, où, à la suite d'une opération trop radicale et mal exécutée, il a trouvé le voile du palais adhérent à la paroi postérieure du pharynx, des cas de cet ordre, dis-je, resteront des raretés. Il ne faut pas employer trop de force puisqu'il s'agit de tissu peu résistant et non pas d'une tumeur maligne à base solide.

Escat a raison de dire qu'il ne faut pas procéder comme s'il s'agissait d'un curettage de la matrice ou d'une excochléation d'une cavité fongueuse. On doit commencer par séparer le tissu hyperplasié du fornix et, ceci fait, attaquer aussi les autres parties de la végétation.

D'après les recherches d'Escat, la fossette de Rosenmuller n'est pas ou est peu développée chez les enfants, de sorte qu'on peut ne pas s'occuper de cette région.

Rares sont également, d'après cet auteur, les cas où même ces parties du nasopharynx sont le siège des végétations; dans ce cas elles doivent être enlevées à l'aide de curettes, d'une construction spéciale. « Je ne crois pas non plus, ajoute ledit auteur, qu'il soit nécessaire de curetter *systématiquement* les parois latérales du nasopharynx, malgré l'hypertrophie possible du groupe adénoïdien qui forme l'amygdale tubaire. »

Que l'ablation de la tonsille pharyngée exige des connaissances nécessaires, de la dextérité et de la pratique, c'est évident.

En ce qui concerne l'exagération qui se manifeste en matière d'opération des adénoïdes aussi bien que dans tout le domaine de la chirurgie, on ne saurait trop la blâmer. Le spécialiste expérimenté qui scrute objectivement les choses, n'opérera que quand il y a une indication nette pour l'intervention. L'autre extrême, le trop de réserve, est préjudiciable au malade,

si la peur du sujet, les scrupules des parents ou d'autres raisons extérieures entrent en jeu ; car n'oublions pas que la métamorphose régressive qui s'établit avec le temps n'est pas synonyme de guérison.

Dans ce qui précède, je me suis occupé sommairement de la question de l'opération des petites végétations, des végétations observées chez des nourrissons, de la narcosé, de l'hémorragie et de l'hémostase, des complications consécutives à la tonsillotomie pharyngée, tout ceci devant servir pour ainsi dire d'introduction à la discussion à engager, au cours de laquelle Messieurs les Sociétaires de la section sont priés, en puisant dans leur expérience si riche, de nous donner leurs opinions sur la question que je viens d'étudier devant vous.

(Traduction par L. REINHOLD.)

XI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TOUX NASALE

Par **Richard KAYSER** (de Breslau).

Les recherches que j'ai faites depuis longtemps sur la sensibilité de la muqueuse nasale ont attiré mon attention sur la toux d'origine nasale.

C'est un fait connu il y a très longtemps, que la toux peut être provoquée par l'intermédiaire de la pituitaire par voie réflexe. Or cette toux a été considérée comme étant un phénomène pathologique. On a observé des sujets atteints d'une sorte de toux nasale nerveuse, c'est-à-dire d'une toux qu'on a pu non seulement provoquer expérimentalement en irritant la muqueuse — et ceci sans altération organique concomitante des appareils respiratoires, — mais aussi à l'occasion des irritations provenant des polypes, etc., toux qui disparaissait aussitôt que ces polypes étaient enlevés ou que la surface de la muqueuse était cautérisée.

La toux nasale, dont je parle, n'est pas une maladie proprement dite, c'est-à-dire n'entraîne pas un trouble fonctionnel ni une altération de l'état général du sujet qui en est porteur. Cependant cette toux nasale ne représente pas un phénomène normal. Elle n'est pas une infirmité commune à tous ni à la majorité des hommes; au contraire, elle ne se manifeste que chez une minorité très réduite. Donc elle est plutôt une anomalie. Mais anomalie n'est pas encore maladie. Il existe des anomalies anatomiques et physiologiques qui ne dépassent pourtant pas les limites d'une variation individuelle, qui ne se trouvent que sporadiquement ou chez un nombre de personnes très limité, mais qui ne sont pas une maladie. Aussi ne demandent-elles pas une intervention de la part du médecin. Il semble en effet que le nez, aussi bien dans sa forme extérieure que dans ses propriétés, est un organe qui offre un vaste champ aux variations individuelles.

Si l'on irrite la partie antérieure de la muqueuse nasale, c'est-à-dire l'extrémité antérieure du cornet inférieur et moyen ou

les parties correspondantes de la cloison et du plancher de n'importe quelle manière, par attouchement, avec la sonde ou un pinceau, ou au moyen de substances chimiques, on détermine alors chez certaines personnes, dont le nombre est très restreint, de la toux, sans que ces mêmes personnes soient autrement inquiétées par la toux. J'ai examiné dans ce sens un millier de personnes indistinctement, et j'ai trouvé que chez un pour cent environ, on pouvait provoquer de la toux en irritant la partie antérieure de la muqueuse nasale. Ce sont des personnes dont le nez est tout à fait normal ou ne présente que des altérations sans importance, mais qui sans exception ne toussent pas ordinairement¹.

Si l'on irrite pareillement la partie postérieure de la muqueuse du nez, principalement au pourtour des choanes, alors le nombre de ceux qui réagissent à cette provocation par la toux est bien plus grand. Encore plus souvent peut-on déterminer la toux en touchant le naso-pharynx ; en irritant le pharynx (mésopharynx) on provoque de la toux chez un tiers ou une moitié des sujets ainsi examinés. Le larynx et la trachée réagissent par la toux à chaque provocation sans exception. Les recherches détaillées des auteurs antérieurs ont démontré qu'il existe là des endroits particulièrement sensibles : la paroi postérieure du larynx et le point de bifurcation de la trachée. En descendant plus bas, l'irritabilité diminue et il paraît en effet que, normalement, les alvéoles pulmonaires ne répondent plus par la toux, si on les irrite.

Le réflexe déterminant la toux répond sans aucun doute à une nécessité très nette. Il est un phénomène normal et presque constant dans le rayon (larynx, trachée) où il représente une défense précieuse contre toute invasion menaçant la vie de l'individu. La zone de réflexe de la toux n'est cependant pas strictement confinée. Elle s'étend d'une manière irrégulière, sans tenir compte de l'utilité absolue, sur des parties voisines, en premier lieu sur les organes de la respiration limitrophe, et le degré de cette extension est soumis à des variations individuelles. Le réflexe déterminant la toux est, chez certaines personnes, l'expression de cette extension de la zone du réflexe sur une partie éloignée, aussi n'est-il pas de règle absolue, que les parties intermédiaires et plus proches de la zone de réflexe soient, elles aussi, sous l'empire de ce réflexe. Ainsi dans la plupart des

1. On a pu provoquer également chez des animaux, bien qu'exceptionnellement, des mouvements expiratoires comparables à la toux, en irritant le nez (François-Frank, Kuttner).

cas, où j'ai pu provoquer de la toux en irritant la partie antérieure du nez, celle-ci ne se manifesta pas quand j'irritai la paroi postérieure du pharynx. Il s'agit par conséquent pour ainsi dire d'îlots aberrants, jetés au hasard. Il est par exemple connu, que le conduit auditif externe présente une pareille zone de réflexe aberrante. Guder¹ a trouvé, par des recherches très détaillées, qu'on peut provoquer chez 20 % des personnes, de la toux par l'intermédiaire du conduit auditif externe, c'est-à-dire de sa paroi postéro-supérieure. On peut aisément s'expliquer ce phénomène en portant son attention sur la branche auriculaire du pneumo-gastrique; aussi est-il plutôt surprenant que ce réflexe ne soit pas un phénomène constant pour tous les hommes. Quant au nez, il s'agit d'un autre nerf sensitif, du trijumeau, le même qui entre en jeu quand on irrite la caisse tympanique. Pollack² a pu en effet provoquer de la toux réflexe chez certaines personnes par l'irritation de la caisse. Cependant il n'est point élucidé, à quel enchaînement anormal des nerfs dans leurs trajets périphériques, ou, ce qui est plus probable, dans les voies centrales, nous devons ce phénomène. Blau³ a remarqué que la toux nasale ainsi que la toux auriculaire disparaissent après cocaïnisation du larynx. Je n'ai pas pu vérifier cette observation. On a occasion d'observer pareils îlots de réflexes aberrants dépendant d'autres réflexes. J'ai vu un homme qui a réagi à l'atouchement du conduit auditif externe et du pavillon de l'oreille droite par des contractions antipéristaltiques de l'œsophage et même par du vomissement. Ce phénomène avait existé dès sa première enfance; le malade nous a informé encore de ce détail, qu'il fait toujours attention, en se débarbouillant, de ne pas toucher à cette oreille, afin de ne pas être pris de vomissements. Dans ce cas-là, le réflexe antipéristaltique appartenant normalement au pharynx, était pathologiquement aberrant sur une oreille.

Il y a des années, Schadewald⁴ et Wille⁵ ont avancé que dans les cas de toux nasale réflexe, le réflexe normal du nez, c'est-à-dire l'éternuement ferait défaut; le réflexe déterminant la toux serait ainsi en quelque sorte le remplaçant ou l'antagoniste du réflexe déterminant l'éternuement. Cette opinion

1. GUDER, *Revue de Laryngologie*, 1894, p. 177.

2. POLLAK, *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1904, p. 521.

3. BLAU, Société des naturalistes allemands à Breslau, 1904, t. II, p. 357.

4. SCHADEWALD, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1881, n° 30, et *Deut. med. Wochenschr.*, 1885, n° 37.

5. VILLE, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1885, n° 16.

fut combattue dès son apparition par B. Fraenkel et cela avec raison ; d'après mes propres observations elle n'est pas non plus exacte. Dans tous les cas où j'ai trouvé le réflexe nasal déterminant la toux, j'ai pu en même temps provoquer l'éternuement. Cependant on peut observer une anomalie, qui, autant que je sache, n'a pas encore été décrite jusqu'ici. Si l'on irrite la muqueuse nasale par attouchement ou au moyen d'une substance chimique, par exemple avec l'alcool ou une solution alcoo-



FIG. 1

lique de vératrine, alors le réflexe déterminant la toux se manifeste immédiatement après l'irritation, tandis que l'éternuement n'advient qu'après un temps bien plus long. Cette différence de temps se manifeste de la manière la plus éclatante par la méthode graphique. Si l'on fait s'inscrire les mouvements respiratoires, c'est-à-dire les mouvements du thorax, par le levier de Marey sur le cymographe, on obtient la courbe respiratoire connue (voir fig. 1).

Si l'on irrite alors la muqueuse nasale, on voit instantanément après, à peu près un dixième de seconde après l'irritation, se



FIG. 2

produire un ou deux mouvements de toux brefs (*t*), tandis que l'éternuement ne se manifeste que quelques vingt secondes plus tard. Il est intéressant que l'éternuement, qui débute par une inspiration profonde, présente sur le tracé de l'inspiration, régu-

lièrement, un genou très net (*u*), de sorte qu'il y a d'apparence toujours deux inspirations entrecoupées par une expiration très courte; suit une forte expiration qui, elle aussi paraît interrompue, bien que ceci ne soit pas régulier (voir fig. 2, où sont tracées l'une après l'autre plusieurs courbes d'éternuement).

En outre l'irritation est bientôt suivie de larmoiement de l'œil et du nez; toutefois il devance, lui aussi, le réflexe d'éternuement. Il est curieux que chaque fois qu'on irrite la muqueuse nasale, l'on détermine toute une série de réflexes. Il y a déjà longtemps que Kratschmer¹ et Sandmann² ont démontré par des expériences faites sur des animaux, que l'irritation de la muqueuse nasale est toujours suivie d'un arrêt de respiration au moment de l'expiration (et en outre d'un arrêt du cœur). Ceci n'est pas facile à démontrer sur l'homme vivant³, à cause de l'émotion



FIG. 3

psychique qui vient troubler le tableau. Déjà les préparatifs qui précèdent l'expérience impressionnent et agitent le sujet servant à l'expérience, influent sur la respiration, l'arrêtent même, ainsi qu'on peut le voir sur la fig. 1, même avant le commencement de l'irritation. C'est pourquoi des nourrissons tout jeunes se prêtent mieux à cette expérience, étant donné qu'ils restent indifférents pendant le temps qui précède l'irritation, dont ils ne se doutent pas. J'ai pu procéder à pareille expérience chez un jeune enfant âgé de quatre semaines, expérience couronnée de succès. On voit dans la fig. 3 la courbe de respiration de cet enfant. Le commencement de l'irritation, qui avait été faite à l'aide d'un pinceau, est marqué par la lettre *i*; on voit qu'un arrêt de la respiration s'établit dans la phase de l'expiration; il est d'une certaine durée. A côté de l'action réflexe sur la respiration et le cœur, notre attention est attirée sur la sécrétion réflexe des larmes ainsi que sur la sécrétion séreuse du nez et

1. KRATSCHMER, *Compte rendu de l'Académie de Vienne*, tome LXII, II, 1870.

2. DUBOIS REYMOND, *Archives de Physiologie*, 1886, p. 483.

3. BLOCH a fait des courbes de respiration de l'adulte ayant aspiré des vapeurs irritantes. (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* tome XVIII, p. 214).

en outre sur les altérations vaso-motrices à l'intérieur de celui-ci ; d'après François-Franck, il s'établit de la dilatation des vaisseaux sanguins de la tête entière et de la vasoconstriction du reste du corps. Il y avait donc des sujets, où l'irritation de la muqueuse nasale déterminait de la toux et de l'éternuement ; or du fait que l'éternuement suit à une certaine distance la toux, ainsi que tous les autres réflexes déterminés par l'irritation, il s'ensuit ceci :

1° L'acte d'éternuement est un réflexe bien plus compliqué que la toux. Celle-ci n'exige qu'une expiration plus forte, parfois unie au spasme de la glotte, ce qui demande un mécanisme simple et courant de la coordination des mouvements ; par contre, l'éternuement exige non seulement une inspiration profonde d'abord et une expiration ensuite, mais aussi une position spéciale de la langue et du palais, pour piloter ainsi l'expiration à travers le nez. Il s'y joint parfois une action de la glotte. Ainsi comme on peut le voir, cet acte demande l'intervention d'un mécanisme plus compliqué, il s'accomplit sur un champ d'innervation plus grand et se trouve en présence d'une résistance bien plus grande à franchir. C'est la cause du retard.

2° Le retard de l'éternuement sur les autres réflexes s'explique également au point de vue téléologique : la forme irrégulière de la cavité nasale, avec ses multiples sinuosités et rimes, rend plus difficile l'expulsion d'un corps étranger par le moyen de l'air de l'expiration, surtout quand il ne se trouve pas précisément sur le parcours du courant respiratoire. Mais si au contraire la fosse nasale se remplit préalablement d'une certaine quantité liquide, des particules collées aux parois sont détachées et emportées ; ensuite vient le rétrécissement de la lumière, ce qui détermine une augmentation de la résistance opposée au courant. Ainsi est secondée l'action expultrice d'un coup d'expiration.

Quoique toux et éternuement soient des réflexes nasaux complètement distincts, il n'existe pas moins, bien que rarement observées, certaines formes intermédiaires et de transition. On observe en effet parfois à la suite de l'irritation nasale une combinaison curieuse de toux et d'éternuement, un coup de toux accompagné en même temps d'un passage d'air par le nez. Il n'y a guère de mot pour dénommer cette sorte de réflexe nasal. J'ai eu la bonne fortune d'observer cette année un cas de cet ordre. Un enfant de douze ans était atteint depuis six semaines de cette toux curieuse ; très souvent le jour, parfois de minute en minute, la nuit plus rarement, il était en proie à ces accès de toux. A l'examen, les cornets se montraient légèrement gonflés.

En touchant les parties antérieures de la muqueuse nasale, mais seulement du côté *gauche*, il se manifesta immédiatement un ou plusieurs accès de toux combinée d'éternuement. Par contre, on ne pouvait pas provoquer le même réflexe du côté droit. Cette affection disparut instantanément après cautérisation de la région irritable avec de l'acide chromique. Le malade se présenta chez nous deux mois plus tard en nous informant que l'ancienne maladie aurait réapparu à la suite d'un coup qu'il avait reçu dans la figure. Cette fois-ci la toux combinée d'éternuement ne répondait qu'à l'irritation de la fosse nasale *droite*, la gauche ne réagissait pas à la provocation. La maladie fut conjurée, cette fois-ci encore, par la cautérisation de la région irritable. On est forcé d'admettre que, dans ce cas-là, il doit y avoir eu en jeu un phénomène hystérique et, qu'à côté de l'action locale, la guérison était due en même temps à un effet psychique.

J'ajouterai que jusqu'ici je n'ai jamais eu occasion d'observer cette forme intermédiaire de toux combinée d'éternuement comme un simple réflexe anormal, mais comme une conséquence d'un trouble morbide, pathologique.

(Traduction par L. REINHOLD.)

MANIFESTATIONS SYPHILITIQUES LARYNGIENNES ET TRACHÉALES ¹

Par **Francis PACKARD** (de Philadelphie).

Comme on doit s'y attendre, les manifestations syphilitiques laryngiennes et trachéales sont presque absolument limitées aux périodes secondaire et tertiaire de l'affection. En effet, BOSWORTH ² dit qu'il ne connaît qu'un seul cas de chancre du larynx rapporté dans toute la littérature. C'est le cas dû à MOURE ³. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans; le chancre se trouvait sur le bord libre de l'épiglotte, il fut suivi des symptômes secondaires. Les manifestations syphilitiques secondaires ne sont pas rares au larynx; on peut les classer en : a) laryngite syphilitique; b) plaques muqueuses.

La laryngite est une manifestation très fréquente de la syphilis secondaire. Elle peut être le résultat de l'extension vers le bas d'une pharyngite syphilitique, mais elle est, sans doute, plus souvent, absolument indépendante de toute lésion des tissus voisins et est la manifestation locale de l'infection générale. Le symptôme le plus marqué, c'est le timbre rauque caractéristique que prend la voix. Voici en effet ce que dit Lennox Browne ⁴ : « Quand on est arrivé à bien la connaître, la voix rauque du syphilitique est si manifeste qu'une oreille exercée reconnaît l'affection dès que le malade parle. » Généralement les patients n'accusent ni douleur, ni troubles locaux. A l'examen laryngoscopique, l'aspect est très caractéristique. Il y a un érythème marqué, d'apparence ponctuée, atteignant surtout les cordes vocales. Le changement de couleur est bien moins marqué que celui de la congestion aiguë ordinaire du larynx; la coloration est rouge sombre tirant sur le pourpre.

Les plaques muqueuses du larynx se trouvent habituellement sur l'épiglotte et les cordes vocales. La preuve principale de

1. Communication à l'*American laryngological, rhinological and otological Society*, juin 1905.

2. *Diseases of the Nose and Throat*, vol. II, p. 383.

3. *Leçons sur les maladies du larynx*. Paris, 1890, p. 229.

4. *Diseases of the Throat and Nose*, p. 382.

leur existence est la gêne mécanique qu'elles apportent à la phonation. Quand on les regarde au miroir laryngoscopique, on voit que leur aspect est celui des plaques d'autres régions. Ce sont de petites plaques isolées, surélevées, de couleur grisâtre, ordinairement bien circonscrites, avec des bords bien délimités.

Entre les lésions de la syphilis secondaire : laryngite érythémateuse et plaques muqueuses et les lésions tertiaires : gomme avec ulcération profonde, nous trouvons ce qu'on appelle « l'ulcération superficielle » ou, comme la nommait Whistler, « la laryngite ulcéreuse récidivante ». C'est un processus local d'ulcération qui s'étend plus profondément dans les tissus que la plaque muqueuse, mais ne présente pas les ulcérations étendues qui accompagnent la gomme. Whistler lui donna le nom de laryngite ulcéreuse récidivante à cause de sa tendance à avoir de fréquents réveils d'activité consécutifs à des périodes de repos.

Mais la manifestation la plus commune de la syphilis au larynx, c'est celle de la période tertiaire, la gomme et les lésions ulcéreuses et les rétractions cicatricielles qui la suivent. La gomme du larynx se développe habituellement fort tardivement, de longues années après l'apparition de l'accident primitif. Sa localisation la plus ordinaire est l'épiglotte, bien que les cordes vocales en soient souvent le siège. Généralement, son apparition est brusque; elle provoque beaucoup de douleur et de la gêne de la phonation. L'examen du larynx montre que la gomme est une tumeur molle, arrondie. Les gommés du larynx commencent habituellement à s'ulcérer et à dégénérer très vite après qu'elles sont formées; c'est pourquoi on voit rarement la gomme sous son aspect véritable et caractéristique. Quand une gomme s'ulcère, elle forme ce qu'on désigne généralement sous le nom d'ulcération syphilitique profonde du larynx. Les conséquences effrayantes de l'ulcération sont sans doute malheureusement trop familières aux laryngologistes. Il semble que les tissus soient littéralement fondus. Comme ordinairement l'ulcération est à peu près indolore au début, et que les fonctions sont peu atteintes, elle fait souvent des progrès terribles avant qu'on s'aperçoive de son existence. Un malade viendra nous trouver en nous racontant que depuis quelques semaines ou quelques mois il a de la douleur et une légère gêne de la phonation, accompagnées d'expectoration profuse muco-purulente, contenant souvent des filets de sang. L'examen révèle un processus ulcéreux qui peut comprendre toute l'épiglotte ou une large portion des cordes vocales. On cite des cas dans lesquels un œdème considérable du larynx accompagnait l'ulcération et exigea quelquefois la trachéotomie.

Probablement, le tableau qui est le plus familier aux laryngologistes dans la syphilis du larynx, c'est celui que présentent les adhérences, les rétractions, les déformations dues à la cicatrisation des ulcérations syphilitiques profondes. La destruction peut englober toute l'épiglotte ou les cordes ou ces organes sont déformés par un tissu cicatriciel résistant; ou bien encore les cordes ou les bandes ventriculaires peuvent adhérer tellement l'une à l'autre qu'il n'y a plus qu'une légère fente pour le passage de l'air. Dans tous les processus de réparation de la syphilis, il est ordinaire et caractéristique de constater la formation d'adhérences semblables à celles qui, en plus grand, sont consécutives aux brûlures graves. Ces adhérences déformeront tellement les éléments du larynx qu'il est impossible de localiser la région où l'organe est sténosé. Il existe aussi de l'épaississement sous-muqueux et de l'infiltration du larynx, consécutifs aux ulcérations syphilitiques, de sorte qu'il est souvent, dans ces cas, nécessaire de faire la trachéotomie à cause de la diminution du calibre du larynx.

La syphilis de la trachée doit être considérée comme très rare. Lewis A. Corner¹, dans un article sur « La syphilis de la trachée et des bronches », dit que Morell Mackenzie a vu cinq fois seulement des plaques muqueuses de la trachée et qu'on n'a pas rapporté de cas de lésion syphilitique primitive de la trachée. Conner, dans son article, rapportait un cas de sténose syphilitique des bronches et analysait 128 cas connus de syphilis de la trachée et des bronches. Bien qu'il considère ces cas comme très rares, il fait, et avec juste raison, remarquer que leur importance n'est pas en relation avec leur rareté, car, « d'abord, dans presque chaque cas, la vie a été en péril et la majorité a eu une issue fatale; ensuite l'étude des cas nous enseigne qu'un grand nombre pourrait être guéri si on les diagnostiquait et traitait à temps ». En règle générale, les cas de syphilis trachéale ne vont pas trouver le laryngologiste. De l'analyse de Conner, il résulterait que le diagnostic est rarement fait pendant la vie et le traitement est généralement fait par le médecin, à moins que la dyspnée ne devienne assez marquée pour réclamer la trachéotomie.

Le traitement de la syphilis laryngienne et trachéale est évidemment tout d'abord dans les méthodes spécifiques appropriées au traitement des lésions secondaires et tertiaires, quel que soit leur siège. En général, il est sage de pousser de l'avant le

1. *American Journal of the Medical Sciences*, juillet 1903.

traitement mixte; le mercure et l'iodure à haute dose peuvent quelquefois enrayer une destruction étendue et menaçante des tissus du larynx ou faire disparaître, d'une façon merveilleuse, une gomme existante. Les pulvérisations et les inhalations calmantes et détersives soulageront souvent les patients. Les plaques muqueuses disparaîtront souvent plus rapidement si on les touche de temps en temps avec une solution forte de nitrate d'argent. Les insufflations d'orthoforme seront très utiles pour les ulcérations superficielles ou profondes. Ici encore le nitrate d'argent appliqué en solution forte ou l'emploi des nombreuses préparations d'albuminate d'argent dont les fabriques de produits chimiques aiment à nous inonder, rendront des services.

La plupart des auteurs sont d'avis que la sténosé du larynx dans la syphilis tertiaire n'est pas due à l'infiltration, mais à une rétraction cicatricielle et à des adhérences inflammatoires des tissus et que par suite le traitement spécifique n'a aucune influence. Bosworth est très réservé pour l'emploi de l'iodure de potassium; il croit que si l'on s'en sert dans ces cas, il peut souvent produire des laryngites iodiques.

On a inventé nombre d'instruments et d'opérations pour faire disparaître les rétrécissements du larynx. Tous visent à agrandir de façon permanente l'ouverture qui existe à travers la partie sténosée. Il y a de nombreuses formes de dilatateurs, bougies, dilatateurs-stricturotomes; mais dans la majorité des cas, ils ne peuvent atteindre le but; en effet, le grand obstacle à un succès durable, c'est l'opiniâtreté avec laquelle les rétrécissements syphilitiques récidivent. Comme le dit J. Solis Cohen¹, « le succès dans les cas de cette nature exigerait, semble-t-il, la mise à nu de l'intérieur du larynx par division externe du cartilage thyroïde et l'excision de tout le tissu cicatriciel ». Dans beaucoup de cas, la seule ressource est de faire une trachéotomie inférieure avec séjour permanent de la canule. Le tubage peut soulager dans quelques cas, mais si la déformation du larynx est considérable, il peut être très difficile de placer un tube qui puisse rester.

Un fait remarquable, nous pourrions dire le seul fait consolant dans les lésions cicatricielles du larynx, c'est la façon merveilleuse dont beaucoup de malades conservent la faculté de phonation. Il y a là une action compensatrice qui vient contrebalancer, dans une large mesure, même les larges pertes de substance.

Traduction par MENIER (de Figeac).

1. *Diseases of the Throat and Nasal Passages*, p. 524.

XIII

SUR LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

PAR

LA LUMIÈRE SOLAIRE

Par **JESSEN** (de Davos).

Il y a quelque temps Sorgo (*Wiener Klin. Woch.*, 1904, 1), avait conseillé de soumettre la tuberculose laryngée au traitement par la lumière solaire réfléchie, relatait un cas, où une ulcération fongueuse de la corde vocale droite avait été guérie par une insolation d'environ vingt-six heures, dans le délai de trente-deux jours. Plus tard Kunwald (*Muench. Med. Woch.*, 1905, 2), publiait plusieurs autres cas du Sanatorium Alland. Les mieux influencées par le traitement paraissent être les infiltrations de la muqueuse laryngée formant tumeur, tandis que les infiltrations très vascularisées des cordes vocales se montrent moins accessibles au traitement, ce que Sorgo et Kunwald expliquent par la plus grande absorption des rayons violets par le sang. Cependant même ces dernières formes de tuberculose laryngée ont finalement complètement guéri. Les ulcérations des cordes vocales marginales ont pris un temps plus long pour disparaître. Ces auteurs estiment l'œdème comme une contre-indication. Dans des affections bilatérales ils ont pu en outre constater que l'amélioration s'était bornée seulement au côté exposé à l'action des rayons solaires. Aussi l'influence psychique de ce traitement sur les malades qui ont pu par eux-mêmes se rendre compte du progrès de la guérison et voir se faire la cicatrisation, était-elle très bienfaisante.

Comme effets indirects, ils ont noté des recrudescences des rétro-pharyngites chroniques hyperplasiques et des tuméfactions non tuberculeuses des bandes ventriculaires.

Voici le procédé qu'ils emploient : le malade est assis le dos contre le soleil ; la lumière solaire est interceptée par un réflecteur attaché sur un pied et pouvant être tourné dans différentes directions. Le malade mettant le miroir lui-même dans la bouche fait ainsi tomber la lumière dans son pharynx.

Ils ajoutent à cette occasion qu'il serait peut-être possible de

faire refroidir les rayons calorifiques par un filtre à eau ainsi que de faire disparaître l'hyperhémie, cause de l'absorption des rayons violets, en faisant un badigeonnage à l'adrénaline.

Le traitement a duré, selon les différents cas, de six à quarante-quatre heures et une seule séance a été souvent prolongée pendant une heure. Si la chaleur importunait les malades, on la combattait par des compresses froides appliquées sur la tête et la nuque.

Les méthodes différentes du traitement de la tuberculose laryngée, dont nous disposons actuellement, sont si peu encourageantes, que je me suis cru obligé de soumettre à un contrôle personnel les données de ces auteurs, surtout parce que nous possédons, dans les hautes montagnes, une insolation d'une pureté et d'une puissance extraordinaires; or si ce traitement est vraiment efficace, ses effets doivent se manifester d'une manière plus éclatante chez nous, à Davos.

Je me permettrai maintenant de vous signaler brièvement le résultat de mes observations.

En ce qui concerne d'abord la technique dont je me suis servi, j'ai tantôt suivi la méthode de Sorgo, tantôt j'ai soigné les malades moi-même en faisant agir la lumière solaire à l'aide du réflecteur ordinaire et du miroir sur les parties malades.

Il y a des malades qui apprennent très rapidement à se soigner eux-mêmes, d'autres n'y arrivent jamais. Quant à la durée de l'exposition au soleil je l'ai toujours restreinte à cinq minutes seulement, procédé que j'ai fait répéter aussi souvent que possible. Une séance dont la durée excéderait ce temps, ne me paraît pas avantageuse, car en prolongeant la séance le malade en paraît très fatigué et ce fait n'est pas indifférent pour un phtisique. En revanche on peut sans inconvénient pratiquer d'heure en heure ou de deux en deux heures un pareil cycle de séances n'excédant pas cinq minutes, si toutefois il y a du soleil.

En ce qui concerne les résultats que j'ai obtenus, je dois dire que je n'ai vu de guérison complète que pour des ulcérations; en tout cas il faut que le traitement soit continué pendant des mois. Cependant les troubles accompagnant les affections de ce genre ainsi que l'état local me paraissent souvent si sensiblement améliorés que je suis encouragé à poursuivre ces expériences.

D'abord les atonies des cordes vocales accompagnant presque toute tuberculose pulmonaire ainsi que cette inflammation légère de la muqueuse laryngée sont sans exception améliorées.

La couleur de la muqueuse retrouve son aspect normal, la tonicité des cordes vocales s'améliore et concurremment disparaissent la légère extinction de voix et l'enrouement si caractéristiques.

Deux cas d'infiltration œdémateuse d'une des deux cordes vocales vraies ont également été considérablement améliorés. Le gonflement a diminué et la voix est devenue plus nette et plus ferme ; dans un de ces deux cas, la corde vocale atteinte paraît être revenue à l'état normal. Des ulcérations des cordes vocales se nettoyèrent et devinrent moins profondes ; la rubéfaction inflammatoire du pourtour disparut. Dans un cas où le malade s'est soigné lui-même jusqu'au moment où il fut pris de douleurs dorsales très intenses, une granulation fongueuse, sise sur une ulcération marginale de la corde vocale droite, s'est détachée au bout de huit jours ; plus tard l'ulcération guérit complètement.

Deux cas d'infiltration en bourrelets de toute la bande ventriculaire gauche se sont, à la suite du traitement, très améliorés ; les aspérités se sont aplanies, la toux due à l'irritation a disparu et la voix est devenue plus claire.

Les cas les plus récalcitrants au traitement ont été des cas de granulations fongueuses situées sur une ulcération de la paroi postérieure ; ces granulations ne se sont rapetissées que légèrement, mais en revanche la toux et la voix se sont sensiblement améliorées. Dans les deux cas, il y avait eu de l'œdème considérable des cartilages aryténoïdes, lequel œdème a plutôt diminué ; dans l'un des deux cas, les contours des cartilages de Santorini et de l'aryténoïde qui auparavant avaient été complètement effacés, sont devenus très nettement distinguibles.

Vu ces résultats, je ne peux me joindre à Sorgo et Kunwald quand ils dénoncent l'œdème comme une contre-indication ; et au contraire, en ce qui concerne les infiltrations néoplasiques désignées par ces deux auteurs comme étant très réductibles, je les ai vues très peu accessibles à ce traitement.

En ce qui concerne la rétro-pharyngite, je dois affirmer n'avoir jamais eu occasion de l'observer comme suite du traitement en question, quoique cette affection ne soit pas rare chez nous, l'air étant très sec à Davos. C'est peut-être grâce à la courte durée de chaque séance que nous avons pu éviter aussi cet inconvénient.

Il se pose maintenant la question, de savoir de quelle manière la lumière peut avoir une influence favorable sur notre maladie ?

Quant à la suggestion, elle existe certes, mais ses effets ne sont pas d'une valeur très considérable.

Un facteur beaucoup plus important, c'est pour moi le fait, que, par cette méthode, toute irritation du larynx due aux manipulations actives et directes dirigées vers cet organe est écartée. Depuis longtemps la conviction s'est répandue chez nombre de laryngologistes, qu'un traitement trop actif de la tuberculose laryngée est plutôt nuisible; aussi a-t-on essayé de ne se servir que de moyens indifférents (repos, huile mentholée, anesthésine, etc.) et les résultats n'en étaient pas moins satisfaisants. L'élimination d'un traitement trop actif est pour moi, je le répète, un point très important dans le traitement par le soleil.

D'autre part on peut observer que de *petites* irritations souvent répétées sont parfois d'une action favorable. Ainsi on voit souvent une amélioration des périchondrites tuberculeuses à la suite de petites interventions galvano-caustiques plusieurs fois répétées.

Les irritations dues à la chaleur ne sont que très faibles dans le traitement par insolation. Quoique la lumière réfléchie détermine sur les lèvres une sensation de chaleur presque intolérable, cette sensation est presque nulle dans le larynx. Cependant la durée trop longue de l'insolation ne peut être bien avantageuse et c'est pourquoi on ne doit établir que des séances courtes.

Quant à l'action elle-même des rayons solaires, il est un fait connu depuis Koch, que la lumière solaire agit comme bactéricide précisément sur le bacille de la tuberculose. La cause de cette action bactéricide de la lumière du soleil est, d'après Dieudonné, Bie et autres, probablement la formation de H^2O^2 . Cependant, d'après Bie, la lumière solaire est directement bactéricide même en dehors de la formation de ce corps; et plus elle contient de rayons ultra-violets, plus elle est indépendante de l'oxygène. Mais ces rayons sont rapidement absorbés, et à travers l'atmosphère et par le sang.

Grâce à ces propriétés de la lumière, les processus où l'oxygène ne fait pas défaut et où la lumière n'est que peu en contact avec le sang, sont les plus favorablement influencés. Voilà pourquoi les ulcérations et les infiltrations peu vascularisées guérissent le plus promptement.

En particulier la lumière solaire agit sur le tissu animal d'après Dreyer et Jansen, en déterminant vaso-dilatation, transsudation séreuse et décollement de la muqueuse, suivis d'une

infiltration cellulaire légère, d'hémorragie et de formation de thrombus. Les thrombus sont à la suite consumés par les phagocytes. La réparation prend, si l'insolation est plus longue, jusqu'à six jours. Mais toute cette révolution ne se fait que dans les vaisseaux superficiels; ceux qui sont dans la profondeur ne sont pas influencés.

Ces expériences s'accordent elles aussi avec les observations cliniques, les processus superficiels donnant les meilleurs résultats.

Il reste à considérer si en sensibilisant le tissu par l'éosine, d'après Tappeiner et Jesionek, on ne pourrait pas améliorer les conditions pour que les couches plus profondes de tissu deviennent plus accessibles aux rayons. D'après mes expériences faites à cet égard, la solution à 1 % d'éosine est bien tolérée par le larynx; mais je n'ai pas encore d'expérience suffisante pour avoir une idée nette sur les modifications qui en peuvent résulter.

Mais ce qui semble sûr dès aujourd'hui, c'est que le traitement de la tuberculose laryngée par insolation mérite d'être essayé ultérieurement; seulement on ne doit pas lui demander plus qu'il ne saurait tenir; je veux dire par là que cette méthode se montrera efficace surtout contre des processus superficiels. Or comme après la guérison des couches superficielles d'une infiltration, les couches qui se trouvent en dessous deviennent superficielles, on peut encore espérer qu'on arrivera à un résultat heureux même si les infiltrations sont profondes, pourvu que le traitement se poursuive pendant longtemps.

LITTÉRATURE

- SORGO, *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1904, 1.
KUNWALD, *Munch. med. Wochenschr.*, 1905, 2.
TONSEY, *New-York med. record.*, 1904, sept. 3.
BIE, Communications de l'Institut de Finsen, fascicule 9.
BANG, Communications de l'Institut de Finsen, fascicule 9.
DREYER et JANSEN, Communications de l'Institut de Finsen, fascicule 9.
MOLLER, *Bibliotheca medica*, 1900, fasc. 8.
TAPPEINER et JESIONEK, *Munch. med. Woch.*, 1903, 47.
PICK et ASAHI, *Berl. Klin. Woch.*, 1904, 37.

(Traduction par L. REINHOLD.)

XIV

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OZÈNE TRACHÉAL

Par le Dr **FLOREA SIMIONESCU**

Ancien interne des hôpitaux

Ancien assistant à la Polyclinique oto-rhino-laryngologique
de l'Université de Genève.

I

L'ozène était connu des anciens. Hippocrate, l'arabe Teizir, Abguzoar, Trincavelli, Morgagni le faisaient provenir de la « rétention et concrétion d'une humeur putride ² ».

Les nombreux auteurs qui, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours, se sont occupés de l'ozène, désignent la même manifestation morbide sous ces différents noms : OZAENA SIMPLEX, FOETOR NARIUM, DYSODIA, PUNAISIE CONSTITUTIONNELLE, RHINITE CHRONIQUE ATROPHIQUE OU ATROPHIANTE, avec ou sans addition fétide, RHINITE SÈCHE, CORYZA CHRONIQUE FÉTIDE, MALADIE DE ZAUFAL OU CATARRHE CHRONIQUE ATROPHIQUE AVEC OZÈNE (O. Chiari). De tous ces termes, le meilleur est le mot « OZÈNE » qui exprime parfaitement le symptôme essentiel de la maladie — la fétidité caractéristique.

Celse dit que l'ozène était connu avant lui des médecins grecs. Il le considère comme dépendant des ulcérations des fosses nasales : « Les ulcères des narines situés dans le voisinage de l'os, couverts de croûtes et d'une odeur fétide, constituent l'affection que les Grecs nomment ozène ; il est presque impossible d'y remédier ³ ».

Galien dit : « L'ozène est une ulcération dans la profondeur des narines, de mauvaise odeur, avec écoulement ⁴ ».

Tous les médecins de l'antiquité, comme Ruffus ⁵, Oribase ⁶, Aetius ⁷, Rhazes ⁸, Avicennes ⁹ ne font qu'appuyer la manière de voir de Celse. L'origine ulcéreuse de l'ozène est indiscutable pour Fernel ¹⁰, Forestus ¹¹, Fabrice d'Aquapendente ¹², Fabri-de-Hilden ¹³, ainsi que pour Ambroise Paré : « La punaisie n'est autre chose qu'un ulcère profond et puant, qui est au dedans du nez, duquel sortent plusieurs âcretés de mauvaise odeur ¹⁴. »

1. Travail fait à la Polyclinique de M. le Dr A. Wyss, privat-docent à l'Université de Genève.

Cette opinion est restée dominante au ^{xvii}^e siècle comme le prouvent les œuvres de Severino¹⁵, Scultet¹⁶ et Rivière¹⁷ (Montpellier), Dionisis écrit : « Il vient dans le nez un ulcère fétide qu'on nomme ozène. Cet ulcère est dû à l'irritation produite par les humeurs âcres retenues dans le nez écrasé¹⁸. » Il conseille le premier à notre connaissance l'emploi du speculum nasi. Stahl dit : « Ulcerationes foedæ narium ozænæ usitato nomine¹⁹. » Heister : « Un ulcère qui ronge les narines, qui fait sortir les croûtes²⁰. » Il parle de la difficulté d'apercevoir l'ozène (ulcère) et attire l'attention sur l'inflammation du sinus maxillaire, constatée premièrement par Drack, inflammation qui peut être aussi la cause de l'ozène. Sauvages, le premier, distingua l'ozène non ulcéreux. En parlant de dysodia ozæna, provenant d'un ulcère de la pituitaire, il ajoute : « La puanteur de la matière ichoreuse qui sort des narines, n'est pas un signe certain de la présence de l'ulcère, puisqu'on voit s'écouler des narines une humeur fétide qui n'est cependant point purulente et qui n'est autre chose que du mucus corrompu par son séjour, à cause de l'ouverture étroite des narines²¹. »

Après Sauvages, on continua à soutenir l'origine ulcéreuse de l'ozène ; quelques médecins seulement se rangèrent à son opinion. Cullin définit l'ozène : « Ozaena ulcus occultum e naribus foetens²². » Louis²³ et Bouillaud²⁴ disent que « l'ozène est le résultat d'un ulcère de la narine accompagné de puanteur ». Boyer admet que : « l'ozène est un ulcère fétide des narines qui ne fournit aucune matière et qui peut durer toute la vie. Cet ulcère, accompagné de nécrose osseuse, difficile à trouver, siège dans les endroits les plus anfractueux²⁵. Frank²⁶ propose au contraire le nom de blennorrhée pour l'écoulement par le nez des matières résultant d'une simple sécrétion morbide sans lésion de continuité apparente.

Il me semble que cette dénomination n'a aucune raison d'être, parce que la localisation de la blennorrhagie sur le nez quoique possible, est rare ; dans un délai d'une dizaine d'années, j'en ai observé un seul cas chez une prostituée de bas étage.

Percy et Laurent²⁷, Lagneau²⁸, Valleix²⁹ et Grisolles³⁰ considèrent l'ozène presque toujours comme un symptôme de rhinite ulcéreuse.

Piorry³¹, parmi les nombreuses causes de l'ozène, admet un simple écoulement de mucosités, qui séjournent dans les fosses nasales par suite de leur déformation naturelle ou accidentelle. Trousseau³² appuyé par les observations de Cazenave (Bordeaux)³³, dit : « Lorsque rien ne permet de penser qu'il

existe une phlegmasie de la membrane pituitaire, une nécrose de l'os, quand l'individu atteint de punaisie a les attributs de la florissante santé, nous nous voyons forcés d'admettre que, dans ce cas, la sécrétion nasale a une fétidité spéciale, comme cela s'observe pour les pieds de certaines personnes, et c'est réellement à cette forme de l'ozène qu'il faudrait conserver le nom de punaisie constitutionnelle. »

L'idée de l'existence de l'ozène essentiel commence à être reconnue. Warrington Howard³⁴, Max Simon³⁵ et Cousin³⁶ ont vu des sujets atteints de punaisie au plus haut degré, sans aucune lésion de la muqueuse, ni des os du nez. Nélaton³⁷ admet que dans certains cas, l'examen du nez ne fait rien découvrir. Desnos³⁸ voit, dans la majorité des cas, dans l'ozène, un coryza ulcéreux avec punaisie provenant d'un état diathésique ; il indique des cas dont les causes sont obscures, dus peut-être à un vice de sécrétion qu'on ne peut pas expliquer. Jaccoud³⁹, à côté de l'ozène ulcéreux et des coryzas d'origine syphilitique ou scrofuleuse, admet l'ozène hors de toute influence diathésique par le fait d'une idiosyncrasie dont on ne peut donner aucune interprétation satisfaisante. Niemeier⁴⁰ admet un ozène ulcéreux et un non ulcéreux. Peter⁴¹ dit que l'ozène est une forme spéciale de coryza scrofuleux, et qu'il a observé des ulcérations superficielles de la pituitaire.

Dernièrement et spécialement, les travaux de Zaufal⁴², Löwenberg⁴³, Zuckerkandl⁴⁴ ont prouvé le contraire.

Duplay, en perfectionnant la rhinoscopie antérieure, favorisa beaucoup la diffusion de l'idée de l'existence de l'ozène idiopathique ; la rhinoscopie est suffisante pour juger si la puanteur dépend d'un ozène ulcéreux ou non : « Cependant il y a des cas bien avérés où toutes ces causes manquent et où la punaisie semble former à elle seule toute la maladie⁴⁵. » Czermak fait entrer l'étude de l'ozène dans une voie véritablement scientifique. Zaufal⁴⁶ (Prague), Michel⁴⁷ (Cologne), Gottstein⁴⁸ (Breslau), Hartmann⁴⁹ (Berlin) ont fourni la démonstration de l'absence des ulcérations de la pituitaire dans l'ozène et ont indiqué la malformation congénitale ou acquise du nez et des fosses nasales — agrandissement de ces cavités ; ces faits ont été confirmés par des autopsies pratiquées presque en même temps.

Les travaux de Fraenkel⁵⁰ et de Löwenberg⁵¹ (Congrès otologique de Bâle, 1884) à propos d'un micrococcus spécial de l'ozène ont élucidé les causes et la pathogénie de cette affection.

Au siècle dernier, la confusion était absolue au sujet de cette

affection. Il y eut l'ozène syphilitique, scrofuleux, nerveux, carcinomateux (Brisbane) et sarcomateux (Lanza). Cohen (1884)⁵², Tsakyroglous (Smyrne)⁵³ ont observé des cas dans lesquels la maladie du larynx était primitive et sans localisation dans le nez. Massei (1884) reconnaît une localisation des croûtes fétides à la trachée et la considère comme rare⁵⁴.

Tous les auteurs admettent la présence des croûtes au niveau de la trachée sous divers noms. Mackenzie, Moure, Deumier⁵⁵ la dénomment laryngite sèche; Baginsky (1876), Fraenkel, W. Vulpius ozène laryngo-trachéal; enfin Luc, Chabory⁵⁶ ont adopté celui d'ozène trachéal.

Desmarres, avec raison, il y a cinquante ans, disait : « Rebelle à toute médication, elle devient insupportable pour le malade, son entourage et le médecin⁵⁷. »

Ce jugement dont nous pouvons chaque jour contrôler l'exactitude, suffit à lui seul pour montrer que l'ozène est une déplorable maladie. Bien que le malade ait conservé ses facultés intellectuelles et ses forces physiques, s'il est pauvre, très souvent il est privé de la possibilité de gagner son pain, s'il est riche, de jouir de la vie. La paix conjugale est souvent troublée; on sait que, d'après certaines législations, l'ozène est un motif de divorce. Nous nous efforcerons de démontrer que le pronostic de l'ozène peut encore s'assombrir davantage par les complications qu'il entraîne.

Dans l'étiologie de l'ozène en général et particulièrement de l'ozène trachéal, je pense, jusqu'à preuve du contraire, celui-ci commençant dans l'enfance, que la syphilis héréditaire joue un rôle très important dans son évolution. Par conséquent, chez les malades, il faut bien chercher cette cause. On connaît la tendance de la syphilis à la sclérose et l'atrophie. Le processus une fois établi, l'ozène commence généralement par l'atrophie et se termine par la fétidité.

Quelques auteurs ont affirmé cette cause étiologique; d'autres au contraire, l'ont niée, en soutenant qu'elle n'aurait aucune liaison avec la syphilis⁵⁸.

Schäffer⁵⁹ et Schrötter⁶⁰ veulent rattacher la punaisie à la syphilis. Ils retrouveraient dans la moitié des cas l'hérédité syphilitique. Schrötter sur soixante-dix-sept cas a trouvé trente-quatre cas d'origine syphilitique et Schäffer sur cent dix-neuf cas, soixante-dix-neuf. Störk⁶¹ affirme que la rhinite chronique atrophiante fétide est toujours une manifestation de la syphilis héréditaire, mais il estime sans beaucoup de raison que, lorsque l'ozène se développe très longtemps après la naissance, il n'est pas si facile de retrouver son origine syphilitique.

Ruault⁶² dit de même que la syphilis joue un rôle positif : « les sujets qui ont souffert dans la première enfance de rhinite syphilitique héréditaire, deviennent souvent ozéneux consécutivement, alors que toute lésion spécifique a disparu. Quant à la syphilis nasale héréditaire tardive et à la syphilis nasale tertiaire, son rôle est encore plus indéniable. » Gerber croit cependant que, parfois, la syphilis héréditaire peut créer les conditions nécessaires à l'apparition de l'ozène : platyrrhinie et métaplasie épithéliale de la muqueuse nasale⁶³.

D'autres auteurs (Moure)⁶⁴ invoquent la syphilis comme cause prédisposante de la maladie, mais ils n'affirment pas que cette influence soit absolument certaine. Enfin d'autres, surtout Moldenhauer⁶⁵, Martin⁶⁶, Campos⁶⁷, Michel⁶⁸, Désarènes, Noquet⁶⁹, Seiler⁷⁰, s'élèvent contre cette opinion erronée.

Dans un travail d'ensemble sur l'ozène en général, le Dr Pasmanik (Genève)⁷¹ établit que l'ozène n'est pas un symptôme, mais une maladie sui generis ; pour soutenir sa thèse il apporte les idées des différents auteurs et puis ses propres observations⁷². Tissier⁷³ croit que « les parties atteintes le plus fréquemment sont les cellules ethmoïdales » ; dernièrement Grünwald insiste de nouveau sur ce point que « l'ozène est toujours une conséquence d'une suppuration dans un sinus nasal quelconque⁷⁴ ». Ces théories sont combattues spécialement par Scheck⁷⁵ qui dit : « de nombreuses recherches anatomo-pathologiques démontrent que dans la majorité des cas d'ozène, les sinus nasaux sont sains ; ils ne sont atteints que dans une faible minorité. »

Chauveau⁷⁶, en se basant sur soixante-cinq cas, dit que « les ozéneux sont, sans aucun doute, des dégénérés névropathes ». C'est une chose connue que, toutes les maladies qui durent longtemps affaiblissent le système nerveux ; par conséquent, beaucoup d'ozéneux, comme des blennorrhagiques ou syphilitiques, présentent des troubles nerveux, mais ceux-ci sont les conséquences et non les causes.

Enfin Lagneau indique l'origine ulcéreuse de l'ozène comme la plus fréquente⁷⁷.

II

Le larynx lui-même peut participer au processus ; on peut voir des croûtes verdâtres ou jaunâtres fétides sur les cordes vocales, dans la région sous-glottique et jusque dans la trachée⁷⁸.

Luc (1888)⁷⁹, pour la première fois, a décrit la trachéite sous le nom d'*ozène trachéal* ; nous ne pouvons rien ôter à sa descrip-

tion : « Il existe une variété de *Trachéite* observée jusqu'ici en concomitance avec l'ozène nasal, mais pouvant une fois établie évoluer indépendamment de lui, caractérisée par la fétidité de ses sécrétions dans lesquelles le microscope révèle la présence de micro-organismes semblables à ceux qui ont été observés dans les croûtes nasales des ozéneux et pour laquelle nous proposons la dénomination d'ozène trachéal. Les croûtes observées sur les parois de la trachée ne sont pas des produits migrants descendus du nez ; elles sont autochtones ; nées sur place, car on les voit plusieurs semaines durant, s'éliminer par l'expectoration et se reformer tour à tour, alors que les cavités naso-pharyngiennes sont maintenues pendant ce temps d'une façon ininterrompue, dans un état de propreté parfaite, à l'aide d'irrigations journalières. »

Les croûtes siègent sur les anneaux ou dans les espaces interannulaires.

« Si à la faveur d'inhalations, on a opéré le nettoyage de la trachée, on distingue alors nettement des modifications d'aspect de la muqueuse qui peut, dans certains cas, se montrer non seulement rouge, mais inégale, comme grenat et épaissie au point de dissimuler la disposition annelée des parois trachéales. »

Plus loin il dit : « Il est impossible de prévoir si l'on publiera quelque jour des cas d'ozène trachéal sans ozène nasal ; ce qui est certain, c'est que sur nos malades il y avait coexistence des deux localisations de la maladie et que vraisemblablement ainsi que nous venons de l'établir, la rhinite aurait précédé la trachéite ; mais la maladie secondaire une fois créée présenterait une indépendance bien nette à l'égard de la primitive, puisque chez nos deux premières malades, bien que pendant plusieurs semaines les fosses nasales aient été maintenues dans un état de propreté parfaite, nous avons vu à plusieurs reprises les croûtes trachéales se reformer sur place. »

La seule critique qu'on peut lui faire, c'est qu'il n'admet pas une localisation primitive de l'ozène sur la trachée, mais qu'elle est toujours secondaire ou que les deux localisations coexistent.

Wyss (Genève) a rencontré aussi très souvent la laryngite catarrhale aiguë ou chronique plus ou moins intense et noté un épaississement de la muqueuse interaryténoïdienne, recouverte d'une trainée de sécrétion⁸⁰. Il a rapporté un cas de laryngite chronique entretenue par un ozène très ancien. Dans le cas que nous avons observé, les croûtes occupaient aussi les cordes vocales.

Vulpius soutient, avec quelque raison, l'existence d'ozène trachéal sans ozène nasal : « Nous sommes tellement habitués à voir dans l'ozène la sécrétion morbide caractéristique avec ses croûtes fétides enfermées dans le nez ou très haut dans l'arrière-cavité des fosses nasales qu'une localisation de la maladie dans la portion profonde des voies respiratoires se reconnaît toujours tardivement⁸¹. »

Moure, en ce qui concerne la *mauvaise odeur* s'exprime ainsi : « Tel n'est pas mon avis, puisque nous refusons cette appellation à d'autres maladies qui produisent la punaisie, pour la réserver uniquement au coryza atrophique, il est dès lors inutile d'étendre cette dénomination à un état qui constitue non pas une maladie, mais seulement un symptôme. » Les symptômes décrits⁸² : « Il y a sentiment d'oppression plutôt que dyspnée, une légère accélération respiratoire. L'inspiration est sifflante; fort rarement elle devient du cornage. L'expectoration contient parfois des masses parasitaires, verdâtres et fétides. L'haleine est parfois fétide⁸³ ». Ils sont plus ou moins rapprochés de ce qui s'observe. En vérité, sauf la *dyspnée*, les autres, nous ne les avons pas observés.

En ce qui concerne la pathogénie avec réserve, on peut invoquer les mêmes conditions que pour l'ozène nasal, pour expliquer le développement de l'ozène sur la trachée.

Je crois que l'hérédité n'a pas une si grande valeur; si par hasard tel ou tel malade a eu quelques membres dans sa famille atteints par la maladie, cela ne prouve pas l'hérédité. Il faut, dans une série de malades, avoir une continuité entre ses membres, pour pouvoir soutenir la vérité de cette loi. L'atrophie ou l'arrêt de développement, d'après quelques auteurs jusqu'à d'autres preuves, sont les seules causes qui peuvent jusqu'à un certain point expliquer la pathogénie. En vérité, un organe qui est moins arrosé par les vaisseaux sanguins et moins innervé, ne résiste pas aux divers troubles.

Ainsi, de cette considération, nous affirmons que l'ozène nasal ainsi que trachéal — sauf quand ils ont une origine spécifique — est un trouble trophique analogue au même trouble de la peau associé ou non à l'atrophie des parties atteintes du tégument externe.

Ni la théorie microbienne soutenue par Loewenberg (1885)⁸⁴ et plus tard par Abel (Greifswald) (1893)⁸⁵, qui a trouvé un microbe qu'il considère comme le spécifique de la maladie, ni les recherches de Hajeck qui a décrit — le *Bacillus fœtidus Ozenae*⁸⁶, ni le cocco-bacille de Cornil et Babes⁸⁷, ni celles de Grade-

nigo (Turin) qui a trouvé un petit bacille, n'ont aucune valeur. Les expériences entreprises en cette direction par le Dr Wyss, et insérées dans le travail de Schestakow⁸⁸, ont prouvé jusqu'à l'évidence le peu de fondement de cette théorie : « *on n'a jamais pu produire la maladie par l'inoculation de ces microbes sur la muqueuse nasale de l'homme ou de l'animal* » et plus loin : « *le problème étiologique de l'ozène essentiel reste encore irrésolu.* » Même dans les cas où il n'y a aucune lésion du nez ou de la trachée, on a trouvé le même microbe qui a été décrit par Loeuwenberg et observé aussi par Marano⁸⁹.

Perez⁹⁰, de l'Institut Pasteur, en 1901, dans un travail, affirme avoir trouvé le bacille spécifique de l'ozène ; il le nomme *cocco-bacillus foetidus ozaenae*, parce que dans presque toutes les cultures il présente l'odeur caractéristique. Il a trouvé le même « coccobacille » également dans le nez et dans la salive de beaucoup de chiens ; de cette coïncidence il conclut que les enfants atteints d'ozène vrai avaient l'habitude de jouer avec les chiens.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique de l'ozène, les mêmes résultats ont été obtenus par les auteurs (Wyss et Schestakow) cités plus haut : « La comparaison des données anatomo-pathologiques constatée dans la pituitaire des ozéneux et dans les cas d'autres rhinopathies nous montre à toute évidence que toutes les lésions histologiques de la rhinite atrophiante fétide, à des degrés différents, se retrouvent aussi chez les personnes n'ayant jamais eu d'ozène ; et ces lésions, comme dans l'ozène idiopathique, n'intéressent pas seulement une des parties constituantes de la membrane pituitaire, mais, assez fréquemment, tous les éléments de la muqueuse nasale en sont atteints, même le périoste et la charpente osseuse du cornet inférieur... *Les lésions microscopiques de l'ozène essentiel n'ont rien de spécial et de caractéristique pour cette affection*, ni prises dans leur ensemble (Wingrave), ni prises séparément, comme la stratification de l'épithélium (Wolkman, Schuchardt), la dégénérescence graisseuse (Krause) et la destruction des glandes de la membrane pituitaire (Gottstein).

Ces lésions ne sont que des signes communs de toute inflammation chronique qu'on rencontre non seulement dans les diverses maladies du nez, mais aussi dans les affections d'autres muqueuses.

Il s'ensuit de là et des cas avérés d'ozène, présentant la muqueuse de Schneider peu modifiée ou même presque normale, que les lésions microscopiques de cette muqueuse *ne peuvent*

être regardées comme la cause, ni même l'effet inévitable de l'ozène essentiel.

L'ozène trachéal est trois fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme, d'après ce que dit Ruault⁹¹. Des cas que nous avons recueillis, il existe une proportion de 55 %.

Il me semble, d'après mes observations, qu'il existe une relation étroite entre l'ozène trachéal et la tuberculose pulmonaire; de plus, j'incline à croire que la gangrène pulmonaire doit avoir aussi une parenté avec l'ozène.

III

Les observations que nous avons pu recueillir jusqu'à présent sont très restreintes; les treize cas sont ainsi répartis :

OBSERVATION I. — 12 ans 1/2. Odeur fétide s'exhalant de la bouche. Au-dessous des cordes vocales, sur la face interne des cartilages thyroïde et cricoïde et sur la paroi trachéale, on aperçoit des masses gris verdâtres, très adhérentes à la muqueuse. La lésion s'étend jusqu'au 8^e ou 9^e anneau trachéal. (B. BAGINSKY et B. FRAENKEL. Soc. méd. de Berlin, 17 mai 1876).

OBSERVATION II. — M^{me} D. et sa sœur affectées d'ozène véritable. Fosses nasales spacieuses, atrophie des cornets inférieurs. Croûtes adhérentes, visqueuses, s'étendant jusque dans le pharynx nasal. L'air expiré par la bouche de la malade est aussi fétide que l'air expiré par le nez. L'examen laryngoscopique fait voir la trachée tapissée de croûtes et de mucosités verdâtres. (1887, octobre).

OBSERVATION III. — Marie R., 18 ans (30 novembre 1887). Ozène nasal véritable. On remarque une fétidité spéciale de l'haleine. Dans l'intervalle des cordes vocales, la trachée apparaît recouverte de croûtes disséminées dans l'intervalle desquelles elle montre une rougeur anormale. Expectoration de crachats fétides après une pulvérisation antiseptique.

OBSERVATION IV. — Edouard T., employé. Ozène nasal depuis sept ans. Depuis quatre ans sujet à des poussées de laryngite. Fosses nasales ozéneuses caractéristiques. Muqueuse laryngée, même au niveau des cordes vocales, enflammée. Piqueté hémorragique sur les bandes ventriculaires. Muqueuse trachéale rouge dans l'intervalle des croûtes disséminées sur elle (Luc. Arch. de laryngol., 1888, p. 101).

OBSERVATION V. — Juliette D., 20 ans, femme de chambre (26 fév. 1888. Clinique des sourd-muets, service de Ruault). Sur le larynx, les cordes vocales gonflées et rouges (laryngite catarrhale aiguë). Au-dessous de la glotte, on aperçoit la paroi laryngée et trachéale tapissée de mucosités jaunes verdâtres. Lavages alcalins du nez. Pulvérisations phéniquées de la gorge 1/3000.

12 mars. En pratiquant l'examen laryngoscopique, on ne trouve plus qu'un enduit léger sur la muqueuse trachéale, à la place des

mucosités que l'on voyait en si grand nombre au dernier examen. (E. DEUMIER. *De la rhinite atrophique et de l'ozène. Thèse de Paris.* Paris 1889, p. 127).

OBSERVATION VI. — Garçon D. K., 14 ans (Stralsund), se plaignait de coryza et de toux (ozène du nez et du pharynx). A l'examen laryngoscopique, on trouva des croûtes sur les bandes ventriculaires comme dans la région interarythénoïdienne, dans la portion sous-glottique et la trachée. La muqueuse du larynx est rouge (STRÜBING (Greifswald). *Centralblatt für Bacter.*, 1893, V, XIII).

OBSERVATION VII. — Berthe B., 19 ans, domestique. Rougeole dans l'enfance; coryzas et maux de gorge fréquents. Par la rhinoscopie antérieure, on constate dans le nez les lésions communes de l'ozène : élargissement des fosses nasales, atrophie de la muqueuse et des cornets; croûtes jaunes mélangées d'un peu de sang. Le pharynx est très rouge et par places recouvert de croûtes. Les amygdales sont engorgées et rouges. Le larynx, à part une teinte rouge et normale, n'a nulle part de croûtes. En faisant faire de larges inspirations à la malade, on s'aperçoit que la trachée est recouverte en grande partie de croûtes et de mucosités analogues à celles qui existent dans le nez (GRELICHE. *Thèse de Paris*, 1894).

OBSERVATION VIII. — Fille, 16 ans. La trachée remplie de masses noirâtres, épaisses, visqueuses, peu adhérentes, qui s'étendaient jusqu'à la bifurcation de la trachée; ces masses extraites au moyen d'une sonde garnie de coton, étaient d'une fétidité extrême. Un an après, l'ozène nasal (WAGNIER (Lille). *Soc. franç. d'otol. et de laryngol.*, 1895).

OBSERVATION IX. — M. R. H., 18 ans. Voix enrouée, parfois complètement aphone; répand autour d'elle l'odeur caractéristique d'ozène. Bandes ventriculaires épaissies, recouvrant les cordes vocales pendant la respiration calme, couleur rose pâle, consistance ferme. Portion sous-glottique du larynx et trachée d'un vert gris sale, couverte de masses croûteuses, qui, faisant saillie sur le bord des cordes, leur donnaient cet aspect raboteux dentelé. Haleine fortement ozéneuse (W. VULPIUS. *Deut. med. Wochens.*, 28 janvier 1897).

OBSERVATION X. — M^{me} L., 35 ans, caissière. Voix très couverte, surtout le matin; elle mouche et crache des croûtes fétides. L'examen de la trachée montre des croûtes verdâtres à la partie supérieure aussi abondantes qu'il y a huit jours (Dr JARVIS-BELLIN).

OBSERVATION XI. — Fille 20 ans. Ozène nasal avec croûtes siégeant au niveau des premiers anneaux de la trachée (Observée à l'hôpital St-Joseph de Reims, 1898. PECK. *Thèse de Paris*. 1898).

OBSERVATION XII. — Femme 26 ans, couturière, mariée depuis quatre ans, mère d'une petite fille chétive âgée de trois ans. Réglée à 17 ans. Ozène nasal remontant à ses premières années et qui s'est beaucoup accentué, dit-elle, depuis sa formation. Mais comme elle est enrouée, presque aphone, il lui conseille d'aller voir un spécialiste; elle va à la consultation externe de l'hospice des sourds et muets de la rue St-Jacques, où on constate en même temps que de

la rhinite atrophique fétide, de la pharyngite et de la laryngite sèche avec quelques croûtelles dans la trachée.

OBSERVATION XIII. — M^{lle} X., institutrice allemande, 23 ans. A l'examen, muqueuse pharyngée rouge sèche en arrière. Épiglote un peu rouge, mais à peu près normale, les bandes ventriculaires sont tapissées de mucosités grisâtres et épaisses, les cordes vocales sont rouges, flasques, arrondies, parésiées, et ne se rapprochent pas complètement. A la partie postérieure, surface hérissée de saillies grisâtres. A la base de l'aryténoïde gauche, croûtes épaisses mélangées de sang coagulé. Idem dans la trachée. Aphonie. Rhino-pharynx encombré de croûtes semblables ; avec le porte-ouate, on a retiré un semblable bloc d'une odeur fade ; croûtes dans le nez à muqueuses atrophiées. (Ch. HEURTEBISE. *Contrib. à l'étude de la laryngite sèche chronique ozéneuse. Thèse de Paris, 1900*).

IV

Personnellement j'en ai observé un cas à la Polyclinique de notre maître M. le Dr A. Wyss (Genève).

OBSERVATION PERSONNELLE. — Homme, 21 ans, garçon de magasin, 26 février 1904.

Ozène trachéal primitif. — Antécédents héréditaires nuls. A six ans, rougeole à la suite de laquelle, arthrite suppurée scapulo-humérale gauche avec résection consécutive. A 12 ans, adénite cervicale double opérée ; à la même époque, abcès supramaxillaire gauche opéré ; une cicatrice rose, longue de 1 centim. 1/2 ou 2 cent. 1/2 indique le lieu d'ouverture. Aucune maladie vénérienne. Le malade est pâle, maigre, débile, anémié, les yeux brillants. A la percussion, faible submatité au sommet du poumon gauche ; à l'auscultation, dans la fosse sus-épineuse et la région sous-claviculaire, l'inspiration rude, râpeuse ; affaiblissement du murmure vésiculaire, la respiration soufflante. Rien au cœur, que les souffles affaiblis ; de même le poul. Malade depuis cinq mois. La maladie actuelle a débuté par maux de cou, toux, crachements ; la bouche sèche. Quand il marche il est essoufflé ; d'après ce qu'il dit, il a « la respiration courte et quelquefois il se sent étouffé » (dyspnée). A cause de cela il ne peut pas dormir la nuit. Pendant quelque temps il a craché du sang. La voix est enrouée. A l'examen du nez on ne voit rien qu'une faible sécheresse de la muqueuse ; on n'observe pas d'hypertrophie ni d'atrophie des cornets moyen ou inférieur. On ne sent aucune mauvaise odeur dans ce qu'il mouche. Rien dans le rhino-pharynx. Il ne se rappelle pas avoir souffert d'aucune maladie du côté du nez. A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte et les cordes vocales sont à peu près normales ; très peu congestionnées ; sous les cordes et sur trois ou quatre anneaux de la trachée, on observe des croûtes jaunes grisâtres très adhérentes. L'espace interaryténoïdien, ainsi que la partie supérieure de la trachée sont un peu bosselés. Quand il parle ou quand il respire, on

sent une odeur fade et mauvaise. Il crache des parties de croûtes qui se détachent par l'effort de la toux.

On lui a fait comme traitement des pulvérisations buccales avec lysol 1/100. Après la quatrième, le malade se sent déjà un peu mieux spécialement au point de vue de la respiration; il n'est pas essoufflé comme auparavant. On continue les pulvérisations.

14 mai 1904. — Le malade, après trois mois de traitement se trouve bien.

Le Dr PASMANIK (Genève) m'a communiqué qu'il a observé deux cas pareils.

Dans le traitement de l'ozène trachéal, on a proposé beaucoup de moyens. Cozzolino⁹² a proposé le curettage. On a essayé aussi l'électrolyse cuprique⁹³ sans beaucoup de succès; quant au massage vibratoire, il paraît avoir donné quelques résultats. Dionisio⁹¹ a essayé la photothérapie comme traitement de l'ozène en général et a obtenu de bons résultats dans six cas. Je pense qu'elle peut être essayée avec succès aussi dans l'ozène trachéal.

Le traitement le plus efficace — à côté d'un traitement général — est celui des pulvérisations avec des solutions antiseptiques, thymol, nitrate d'argent, lysol, particulièrement le lysol, d'après ce que nous avons observé et essayé, donne les meilleurs résultats. Il présente un avantage sur les autres substances, celui de détacher et d'empêcher la formation de nouvelles croûtes. Quoique moins antiseptique que le nitrate d'argent, son action est plus active et plus certaine⁹³.

Les essais faits dernièrement par Belfanti et Della Vedova⁹⁶ qui ont trouvé un bacille qui se rapproche de celui de la diphtérie — le bacille pseudo-diphtérique — de traiter l'ozène par sérumthérapie diphtérique, ainsi que celle de Gradenigo (Turin)⁹⁷ par injections intramusculaires d'iode à la dose de 1 à 3 centigrammes, n'ont pas donné un résultat très satisfaisant.

BIBLIOGRAPHIE

2. MARANO. — *Arch. intern. de laryngol.*, avril 1890.
3. *De re medica*, Lib. VI, cap. i, sect. VIII, p. 359, trad. franc. Paris 1824.
4. *Opera omnia curavit Kühn*. Leipzig, 1821-33, t. XIX, p. 440.
5. RUFUS D'ÉPHÈSE. — *Œuvres*, Paris 1879.
6. ORIBASE. — *Œuvres*. Paris, 1851-62, V, p. 545.
7. *Medicinae Sermones*. Sermo VI, cap. xc., p. 314.
8. *Paraphrasis in novum librum*, 1551, p. 78 et 471.
9. *Opera. De ulceribus in naso*. Lib. III, cap. III, IV, tract. 2. Edit. de 1595.
10. *Pathologia. De morb. narium*. Lib. V, cap. VII. Ed. 1769.
11. *De nasi affectibus*. Lib. XIII. Roth. 1653.
12. *Opera. De ozoena narium ulcere*. Lugd., 1628, cap. XVI.
13. *Observations chirurgicales*, Genève, 1669, p. 224.
14. *Les œuvres*. Lyon, 1664, folio.
15. *De la médecine efficace*. Genève, 1668, p. 451, 528, 605.
Arch. de Laryngol., 1905. N° 6.

16. *L'arsenal de Chirurgie*. Lyon, 1712.
17. *La pratique de médecine*. Lyon, 1682, t. I, p. 384-388.
18. *Cours d'opérations chirurgicales*. Paris, 1714, p. 488.
19. *Theoria medica vera*. Hall, 1737, p. 746.
20. *Institutions chirurgicales* par Avignon, 1770, t. II, p. 19.
21. *Nosologia methodica*. Amsterdam, 1763, t. III.
22. *Apparatus ad nosologiam methodicam*, 1775, cap. CCLIII, p. 74.
23. *Dictionnaire de chirurgie*. Paris, 1772, t. II, p. 104.
24. *Nosographie médicale*. Paris, 1846, t. II, p. 367.
25. *Traité des maladies chirurgicales*. Paris, 1831, t. VI, p. 95.
26. *Pathologie interne* par Bayle. Paris, 1857, t. IV, p. 34.
27. *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1819. t. XXXIX, article Ozène.
- Ozène.
28. *Dictionnaire de médecine*, en 30 vol., 1840, t. XXII, art. Ozène.
29. *Guide du médecin praticien*, t. I, édition 1886.
30. *Pathologie interne*, t. II, p. 491. Paris, 1862.
31. *Maladies des voies respiratoires*. Paris, 1842.
32. De l'ozène (*Gaz. des Hôpitaux*), 1868, 28 novembre.
33. *Du coryza chronique et de l'ozène non vénérien*. Paris, 1835 et 1848.
- Bull. gén. de therap.*, 1863, VI. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1877, t. I, p. 623-34.
34. *On ozaena*. St-George's Hosp. Repor., t. VIII, p. 123. 1874-79.
35. *Sur l'ozène et son trait* (*Bull. gén. de therap.*), t. XXXIX, 1850.
36. *Etudes sur l'ozène* (*Bull. gén. de therap*) N. 15, p. 494, 1868.
37. *Eléments de pathologie chirurgicale*. Paris.
38. *Dict. de méd. et de chir.*, t. IX, p. 529-538. 1869.
39. *Pathologie interne*, t. I, p. 853. Paris, 1877.
40. *Pathologie interne*, trad. franc. 8^e édition, t. I, p. 331, 1872.
41. *Clinique médicale*. t. III, p. 556. Paris, 1893.
42. *Ueber die allgem. Verwundbarkeit der Kalten Drathschlinge*. Prague, 1878.
43. *Union médicale*. 1888, n^o 1644, 167, 170. *Comptes rendus des travaux de la Soc. des sc. méd. de Gannat* (Allier), 1884-1885. Paris, 1885.
44. *Normela u. path. Anatom. der Nasenhöhle*. Wien, 1893. Bd II. — *Tissu adénoïde de la pituitaire* (*Ann. mal. or.*). 1887, p. 444.
45. FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de pathol. externe*, t. III, p. 789. Paris, 1874.
46. *Loc. cit.*
47. *Die Krankh. der Nasenhöhle*, etc. Berlin, 1876, p. 30-45.
48. *Ueber Ozaena* (*Berl. Klin. Woch.*) 1878. t. XV, p. 554.
49. *Beiträge zur Lehre von der Ozaena* (*Deut. med. Woch.*), 1878, n. 13, p. 145.
50. *Rhinitis chronica* (Ziemssen's Handb. der spec. Pathol. u. Ther.), t. IV, p. 126 et suiv., 1876.
51. *Loc. cit.*
52. *Deut. med. Wochens.*, p. 12.
53. *Monatsch für Ohrenheilk.*, XXII, p. 127.
54. *Lezioni cliniche nelle malattie della gola*. Milano, 1884, p. 202.
55. *Loco citato*.
56. *De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire*. Thèse de Paris, 1892.
57. *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*. Paris, 1854, t. I. p. 330. — RAMPOLDI. *Annali di Ottalmologia*, 1885. SCHMITHUISON. *Catarrhe*

- chronique naso-laryngo-trachéal (*Berl. Klin. Woch.*, n° 11, 1878, p. 150). — LAUTMANN. *Thèse de Paris*, 1879, p. 65 et suiv. — QUENDO-CARLOS, *Thèse de Paris*, n. 339, 1878-1879. — A. CASTEX. *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*, 2° édit., Paris, 1903, p. 204.
58. DEUMIER. — *Thèse de Paris*, 1889, loc. cit.
59. OZOENA. — *Monatschr. f. Ohrenh.*, 1881, n. 4.
60. *Jahresbericht d. Klinik. f. Laryng.* Wien. 1871, 1873, 1875.
61. *Laryngoscopie und Rhinoscopie*. Wien, 1880. — *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs*, Stuttgart. 1890, p. 161.
- Die chroni. Blennorrhoe der Nasen*, etc., Wien. *medicine Wochens.* 1871. — STÖRK, *Die Erkrankungen der Nase*, etc. Wien, 1895.
62. Ozène (*Traité de médecine* Charcot), 1893, t. IV, p. 56-71. — *Traitement de l'ozène* (*Arch. de laryngol.*, 1887, décembre; 1889 avril. — *Névropathies réflexes d'origine nasale* (*Gaz. des Hôpitaux*, 1887, décembre).
63. *Arch. für laryngol.*, 1903, 13 X, Heft I. (*Chamaeprosopie und here-ditäre Lues in ihrem Uerhältniss zur Platyrrhinie und Ozaena*).
64. *Du pronostic et du trait. de l'ozène.* (*Soc. franç. de laryngol.*, 1885, avril 5). — *Du coryza atrophique* (*Gaz. des Hôp.*, 1888, juillet, 3-10). — *Manuel des maladies des fosses nasales*, Paris 1893, p. 239-262.
65. *Traité des maladies des fosses nasales*, trad. franc., Potiquet. Paris, 1888, p. 98-112
66. A. MARTIN. — *De l'ozène vrai*, *Thèse*, Paris, 1881. — E. MARTIN, *Traitement de l'ozène vrai. Thèse*, Paris, 1889.
67. CAMPOS-SALLES. — *De l'ozène et des rhinites fétides. Thèse*, Paris, 1886.
68. *Die Krankheiten der Nasenhöhle*, etc. Berlin, 1876, p. 30-45.
69. *Quelques considérations sur la rhinite atrophique* (*Soc. fr. d'otol.*, 1887, 15 mai) et *Revue de Moure*, 1887, n. 5, p. 225-234. — *De l'ozène* (*Congr. inter. otol.* Paris, 1889), et *Ann. mal. or.*, 1889, n. 11, p. 744.
70. *Diag. a treat. of Diseases of the throat a nase*. Philadelphie, 1889, p. 337. — *Rhinite chron. et acné nasale. Rev. de Hayem*, 1888, t. XXXII.
71. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1901, N. 4, avril.
72. *Loc. cit.*, p. 4
73. *Le coryza atrophique*, p. 81-90.
74. *Die Lehre von den Naseneiterungen*. München, 1893, et *Münch. med. Wochens.*, 1893, N. 43, 44.
75. *Die Krankheiten der Mundhöhle des Rachens*, etc., 1896
76. *Contribution à la pathogénie de l'ozène*, *France médicale*, 1899, n° 15.
77. JACCOUD. — *Dictionnaire en 40 vol.*
78. CHARCOT-BOUCHARD. — *Traité de médecine*, t. IV, p. 59. Paris, 1893.
79. LUC. — *Loc. cit.*
80. A. S. WYSS. — *Etude clinique des complications auriculaires de l'ozène. Thèse de Berne*, 1886.
81. *Sur un ozène primitif laryngo-trachéal* (*Deutsch. med. Wochens.*, n. 5, 28 janvier 1879).
82. BAGINSKY. — *Berl. Klin. Wochens.*, n. 37, p. 537 1876 (*Soc. méd. de Berlin*). — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 juin 1889.
83. *Diction. encycl. des sc. méd.*, par Dechambre, t. XIX. Trachée, p. 775 et suiv.
84. *Le microbe de l'ozène* (*Ann. de l'Institut Pasteur*), 1894, 25 mai.
85. *Centralblatt für Bacteriologie*, 1893, t. XIII. — *Zeitschrift für Hyg. Infectu Krankh.*, 1895.
86. *Berl. Klin. Wochens.*, 1888, p. 33.

87. *Bactéries*. Paris, 1890, t. II, p. 306.
 88. *Thèse de Genève*, 1894, p. 129.
 89. *Sur la nature de l'ozène*. *Arch. de laryngol.*, 1890.
 90. Cité par O. CHIARI. — *Maladies du nez*, édit. franç. par C. Breyre. Paris, 1905.
 91. CHARCOT-BOUCHARD. — *Traité de médecine*, loc. cit.
 92. *Les conditions actuelles du traitement de l'ozène* (Soc. ital. de rhinol. Rome, octobre 1899).
 93. HUGUES. — *Thèse de Lyon*, 1897.
 94. Acad. de méd. de Turin, 1902.
 95. LACOARET. — *Thèse de Bordeaux*, 1888. — E. MARTIN. *Thèse de Paris*, 1889.
 96. *Sérum-thérapie de l'ozène*. *Giornal. d. R. Acad. di medic. di Torino*, 1896, n. 3, p. 149. — *Semaine médicale*, 1896, p. 144.
 97. *Arch. ital. di otol. rhinol. e laryngol.*, 1896, t. IV, p. 195. — *Ann. des mal. des oreilles et du larynx*, t. XXII, n. 8, p. 12. — *Sulla Serothèrapia del Ozena*. *Giorn. d. R. Acad. di Torino*, 1896, p. 159, 165.
-

CAS D'EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE
DATANT DE 17 ANS
GUÉRI PAR 27 LAVAGES FAITS A TRAVERS LE MÉAT
INFÉRIEUR ¹

Par **C. J. KOENIG** (de Paris).

M^{me} L., 34 ans, vint me trouver le 1^{er} février 1904, se plaignant de violents maux de tête, rage de dents, douleurs dans l'épaule gauche que j'avais prise pour du rhumatisme, maux de gorge fréquents, brûlures dans la gorge tous les matins, rhume de cerveau tous les mois et mouchant toujours un peu de muco-pus fétide par la narine gauche. Elle se plaignait aussi de troubles gastriques pour lesquels elle était en traitement chez un spécialiste pour les maladies de l'estomac et d'une profonde neurasthénie. Elle me raconta que cette affection remontait au mois de septembre 1887 lorsqu'elle habitait la Guadeloupe, il y a donc dix-sept ans. Les premiers symptômes apparurent un jour pendant qu'un dentiste lui pansait la première molaire supérieure gauche. Elle moucha subitement un peu de pus fétide et un petit morceau d'os. Continuant à souffrir de douleurs intolérables de ce côté, elle se décide, deux ans après, à se faire arracher la dent. Il ne s'écoula pas de pus de l'alvéole, et les symptômes non seulement continuèrent, mais augmentèrent d'année en année. Elle ne consulta pas de spécialiste (il n'en existait peut-être pas à cette époque dans l'île), mais un confrère, médecin général, lui dit qu'elle était atteinte de « catarrhe du cerveau ». C'est donc quinze ans après l'ablation de la dent que le spécialiste de l'estomac me l'adressa.

D'après les commémoratifs, le diagnostic d'empyème du sinus maxillaire gauche, probablement d'origine dentaire, était facile à établir. Cependant, l'examen du nez ne révéla qu'un cornet inférieur gauche fortement hyperémié, mais je ne pus voir aucun écoulement purulent, même après avoir prié la malade de pencher la tête fortement en avant (signe de Fraenkel). Cette expérience fut répétée à plusieurs reprises avec le même résultat négatif. La diaphanoscopie ne révéla pas une opacité plus grande à gauche qu'à droite, mais la malade ne perçut pas de lueur dans l'œil gauche, tandis qu'à droite elle en perçut une nettement.

Je lui proposai un essai de guérison par les lavages, mais sans rien promettre, lui faisant comprendre qu'une opération serait très pro-

¹ Communication à la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris (Séance du 30 juin 1905).

bablement nécessaire, étant donné l'ancienneté vraiment trop grande de l'affection. Je lui prescrivis des lavages avec la canule de Vacher deux fois par jour et je lui fis avec la canule de Grünwald des lavages par l'ostium maxillaire. Chaque fois le liquide ramena du muco-pus peu abondant, mais suffisant pour confirmer le diagnostic. Je lui fis pendant les mois de février et mars une vingtaine de lavages. Tous les symptômes ont été ainsi atténués et les rhumes de cerveau et maux de gorge ont cessé complètement ; mais la persistance de la cacosmie subjective et des maux de tête me décida de recourir aux lavages par la ponction du sinus à travers le méat inférieur.

Je me servis d'un trocart moyen recourbé, et je ponctionnai pour la première fois le 6 avril. Le lavage fait au moyen du *bock*, placé à environ 1 mètre de hauteur, ramena un flot de pus grumeleux *excessivement fétide* à odeur cadavérique. Cinq jours plus tard, le 11 avril, je ponctionnai de nouveau, le trocart entrant très facilement par l'ouverture faite lors de la première ponction ; le lavage abondant, deux litres, ramena de nouveau du pus fétide, mais en quantité moindre, et quatre jours plus tard, un nouveau lavage en ramena encore moins. Je fis alors un lavage quotidien jusqu'au 30 avril, à l'exception du dimanche 17. Je me servis principalement d'acide phénique, de bi-borate de soude et de protargol. J'eus la satisfaction de voir le pus diminuer de jour en jour et l'odeur et la céphalée disparaître complètement. Mais cela ne se fit pas toujours sans anicroches qui vinrent souvent presque à bout de ma patience : il arriva quelquefois que le lavage, pour une raison ou une autre ne se fit pas bien, le liquide ne sortant pas, quoique le trocart ait bien pénétré dans la cavité. Après l'avoir retiré et remis à plusieurs reprises, je dus y renoncer et faire revenir la malade le lendemain. Alors j'arrivais du premier coup à faire passer le liquide.

Finalement la malade ne se rouchait plus, tous les symptômes avaient disparu. J'espaçai alors les séances de deux jours, puis de quatre, et le 24 mai le lavage ne ramena plus trace de pus, le liquide sortant absolument propre.

Ce bon état persistant le 27 mai et le 1^{er} juin, je remis la visite, à huitaine, puis à quinzaine avec le même résultat.

Pendant ces entrefaites, la malade fit venir de la Guadeloupe la dent qu'elle eut la bonne idée de conserver dans un écrin et je priai mon ami, le Dr Hornung, chirurgien-dentiste, de l'examiner. Il constata que les nerfs avaient été tués par suite d'une obturation à la gutta-percha dans la pulpe ; ne constatant pas d'obturation dans les canaux radiculaires, il conclut que les nerfs tués n'avaient jamais été enlevés et par suite se sphacélèrent, causant un dégagement infectieux dans l'antre à travers les canalicules du sommet des racines. Je vous passe la dent et vous pourrez constater que, selon toute apparence, les racines sont saines.

Je viens de revoir la cliente, c'est-à-dire treize mois après le dernier lavage ; je ne m'expose donc pas, je crois, à encourir le

reproche que Lermoyez croit devoir adresser à certains observateurs, c'est-à-dire *de se presser trop de publier leurs résultats* sans avoir pris la sage précaution de demander au temps de confirmer leurs assertions. « Il faut, dit-il, que quelques mois au moins aient passé sur la guérison d'une sinusite, pour qu'on la puisse considérer comme réelle. Par le mot guérison, dit-il encore, j'entends la cessation de douleurs, le tarissement des sécrétions, la disparition des troubles secondaires et généraux. » Et plus loin : « la *guérison absolue* d'une sinusite ne peut d'ailleurs être affirmée que quand un coryza, une grippe, une mauvaise saison ont passé sur un sinus opéré sans le faire suppurer de nouveau ¹. »

Sinus guéri par opération ou par lavages, c'est tout comme au point de vue de la récurrence. Eh bien, dans mon cas, toutes ces conditions exigées par le maître sont au grand complet, il y a absence totale de tout symptôme local ou général, de troubles gastriques et de neurasthénie. Depuis le dernier lavage, elle a eu deux *gros* rhumes de cerveau sans que ceux-ci aient réveillé la sinusite, et à la transillumination la lueur dans l'œil gauche, qui faisait défaut au premier examen, est revenue. Ce signe est accepté en général comme une preuve absolue de la guérison radicale. Et certains spécialistes de bonne foi sont tellement prévenus contre la possibilité de la guérison permanente par les lavages, qu'un d'eux, très éminent à l'étranger et d'une réputation universelle, me dit, quand je lui racontai ce cas : « Opérez-la, ça reviendra ². » J'espère que le confrère en question ne m'en voudra pas de n'avoir pas suivi son conseil. En tout cas, j'aime mieux attendre le retour de l'affection pour intervenir plutôt que d'opérer maintenant pour une maladie qui n'existe plus ! D'ailleurs, je crois que j'aurais de la peine à y décider la malade. Je crois également que si nos confrères sceptiques en matière de guérison par le traitement conservateur voulaient se donner la peine d'essayer celui-ci pendant un temps raisonnable plutôt que de recourir de suite à une opération sous chloroforme, ils auraient souvent à s'en féliciter. Je lis dans la dernière édition

1. M. LERMOYEZ. — Indications et résultats du traitement des sinusites maxillaires et frontales. Rapport à la section laryngologique de l'Association médicale britannique à Manchester, juillet 1902.

2. Une telle attitude me paraît étrange après le magistral rapport de Lermoyez à Manchester où on lit : « La proportion des suppurations chroniques du sinus maxillaire qui cèdent à ce traitement (lavages par le méat inférieur) est assez grande. Sur trente sinusites maxillaires chroniques de ma statistique, traitées par ce moyen, treize guérirent radicalement, soit environ 43 %/.

du livre de Zarniko, esprit très pondéré en matière de rhinologie et que je parcours souvent avec le plus grand profit, la phrase suivante :

« En pesant le pour et le contre de notre thérapeutique, nous devons nous demander : A quels ennuis et inconvénients la sinusite expose-t-elle notre malade ? A quels ennuis et inconvénients (économiques, cosmétiques, etc.) devons-nous l'exposer pour le guérir ? Et nous devons mettre les deux côtés de la question dans la balance à l'avantage du malade. De cette façon, nous arrivons souvent à renoncer à une complète guérison de la maladie pour nous contenter de maintenir le malade par un traitement conservateur exempt de tout inconvénient. *Et ce faisant, nous serons parfois étonnés d'obtenir des guérisons inespérées qui seront pour nous une exhortation de ne pas trop dédaigner l'efficacité du traitement conservateur* ¹. »

On ne peut donc pas accuser tous les maîtres allemands, comme on le fait quelquefois, d'adopter l'adage : « *Alles was fliesst muss operirt werden* » — tout ce qui coule doit être opéré ².

Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue. D'abord il démontre péremptoirement la plus grande efficacité des lavages par ponction sur les lavages par l'ostium ; ceux-ci suffisent au diagnostic et produisent une amélioration très nette dans les symptômes, mais les lavages par le méat inférieur brassent mieux la cavité, entraînant tout le pus qui s'y trouve. Si j'y avais eu recours de suite, j'aurais très probablement guéri la malade en deux mois au lieu de quatre.

De plus, ce cas confirme ce que dit Lermoyez en démontrant qu'on peut espérer une guérison par les lavages, même quand l'affection remonte à de nombreuses années (dix-sept ans dans mon cas) et que l'ablation de la cause ne suffit pas toujours à la procurer. Il démontre également qu'il ne faut pas l'espérer trop vite. Si au bout de quinze jours ou même d'un mois de lavages, j'avais conclu à la non curabilité sans opération, j'aurais commis une grosse erreur. Il faut de la patience de la part du médecin et du malade ; c'est à la 27^e ponction que j'obtins la guérison dans ce cas. Cela représente beaucoup de travail et une dépense

1. CARL ZARNIKO. — *Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens*, 2^e édition, p. 640.

2. Lermoyez dit également : « J'estime donc que dans toute sinusite maxillaire chronique isolée et non compliquée, ce traitement doit être systématiquement essayé : souvent il amènera une guérison inespérée ; ni la nature, ni la durée de la suppuration ne lui sont une contre-indication. »

considérable de temps, d'autant plus qu'il faut prendre à chaque lavage toutes les précautions d'asepsie que comporte toute intervention, faisant bien bouillir le trocart et l'eau qui sert au lavage. Ce surcroît de travail, *qui donne beaucoup plus de mal qu'une opération*, ne doit pas nous arrêter, car il est de notre devoir d'essayer d'obtenir la guérison par une méthode conservatrice, si c'est possible, avant de recourir à une opération. Il sera toujours temps de faire celle-ci si le traitement conservateur échoue, à moins que nous n'y soyons forcés par quelque rare complication.

Si le malade manque de patience et préfère être chloroformé et opéré, il est facile de le satisfaire, mais à celui qui craint l'opération et ses risques, si minimes qu'ils soient, il est agréable de pouvoir lui faire espérer une guérison sans opération dans l'espace de deux à quatre mois ou plus. Et cela est d'autant plus vrai que l'opération elle-même ne donne pas une guérison à coup sûr et ne met pas non plus à l'abri des récidives.

Ce cas peut aussi aider à confirmer le fait mis en lumière par Grünwald, que les sinusites maxillaires à *pus grumeleux* fétide ont plus de tendance à guérir que celles qui donnent au lavage de gros pelotons muco-purulents.

Maintenant, s'il s'agit ici d'empyème dans le sens de Lermoyez, ou de pyosinus (Killian), pourquoi l'ablation de la cause, c'est-à-dire la dent, n'a-t-elle pas amené la guérison? On sait, en effet, qu'une fois la cause enlevée, le pus existant dans le sinus disparaît par résorption ou bien un lavage ramène l'état normal (Zarniko). Ou bien, y avait-il réellement sinusite par propagation ou extension du processus, ou la cause aurait-elle été double, rhinogène et odontogène? Ne serait-ce pas possible qu'il y ait eu sinusite partielle, avec formation de granulations limitées à la partie avoisinant la dent, et que par suite de stagnation de pus irritant, ces granulations n'aient pu s'atrophier, continuant alors à produire du pus pour leur compte? En un mot, y aurait-il là un cercle vicieux auquel mettent fin les lavages en supprimant la stagnation? C'est vers cette explication que je penche.

XVI

UN CAS INTÉRESSANT

DE

STÉNOSE LARYNGÉE ET TRACHÉALE COMBINÉE

Par **Eugène FISCHER** (de Luxembourg).

Le malade, dont il s'agit dans cette observation, était un négociant de 68 ans, que je connaissais depuis de longues années. Il n'avait jamais eu de maladie sérieuse, mais il présentait une cryptorchidie bilatérale, une voix eunuchoïde, et personne de son entourage n'avait jamais remarqué en lui la moindre manifestation d'un instinct sexuel. Pas de trace de barbe. Les antécédents héréditaires étaient négatifs. Cet homme vint me trouver au mois de septembre 1902 pour un enrouement et une dyspnée qu'il avait remarqués depuis quelques semaines et qui avaient augmenté progressivement. Il ne présentait ni toux, ni douleur du côté de la gorge. L'appétit et les forces avaient diminué, quoique dans une mesure restreinte.

A l'examen extérieur, on constatait d'abord que le larynx avait gardé les dimensions d'un larynx d'enfant; d'ailleurs la palpation en était difficile à cause de l'abondance du tissu graisseux, comme chez les eunuques en général. Le corps thyroïde avait gardé sa forme et ses dimensions, mais il était d'une dureté extrême, comme du bois. Impossible de constater une infiltration des ganglions régionaux. L'examen laryngoscopique me révéla la cause de l'enrouement: une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur gauche, la corde vocale se trouvant en position médiane; en outre, une flaccidité et une mobilité imparfaite de la corde vocale droite. La trachée se trouvait aplatie latéralement, en fourreau de sabre, au niveau de l'isthme de la glande thyroïde. Le thorax était emphysémateux. Le diagnostic s'imposait, il ne pouvait s'agir que d'une tumeur maligne du corps thyroïde, d'un squirrhe sans doute. Quant à un traitement opératoire radical, il n'y avait pas à y songer. J'administrerai à mon malade des tablettes de thyroïdine à haute dose, mais, comme c'était à prévoir, le résultat fut nul et le mal fit en quelques semaines des progrès rapides et impitoyables. Vers la mi-novembre, la lumière de la trachée se trouvait réduite à une fente de quelques millimètres, les deux cordes vocales se trouvaient en position cadavérique, l'aphonie était complète et la dyspnée tellement intense, que la trachéotomie devint urgente, rien que pour faciliter l'agonie du malheureux. Je fus obligé de prendre une canule très longue et d'un calibre extrêmement réduit. Le lendemain, le malade succomba à une paralysie du cœur. L'autopsie ne put être faite.

Ce cas me semble intéressant à plusieurs points de vue. D'abord il y avait deux sténoses. La sténose trachéale, évidemment la première en date, était purement mécanique et due à la compression latérale provenant de la tumeur. La sténose glottique était une sténose nerveuse due à la paralysie des deux crico-aryténoïdiens postérieurs. Il est vrai que vers la fin, quand la paralysie récurrentielle fut devenue complète et que les cordes vocales se furent placées en position cadavérique, on ne pouvait plus parler de sténose glottique proprement dite.

Un autre côté intéressant du cas, c'est qu'il forme une illustration des relations souvent constatées, mais non encore expliquées, qui existent entre le corps thyroïde et les organes sexuels. En effet, voilà un individu qui est eunuque de naissance, qui présente l'extérieur et le caractère de l'eunuque, et cet individu succombe à une dégénérescence maligne de la glande thyroïde. Faut-il y voir un simple hasard, une coïncidence banale ? Je ne le crois pas. Loin de moi la prétention de vouloir fournir une explication de ce cas, mais je suis persuadé qu'il s'agit là d'une relation de cause à effet, et qu'il serait intéressant autant qu'important de publier d'autres cas semblables.

XVII

SUR QUELQUES EXPÉRIENCES DANS LE DOMAINE DE LA THÉRAPEUTIQUE

Par **Egmont BAUMGARTEN** (de Budapest).

(Suite)

Le Phénol sulforiciné

Dans la *Wiener med. Wochenschr.*, n° 35, 1899, j'ai déjà donné un compte rendu détaillé sur ce remède et, depuis, je l'applique sans discontinuer.

En France, c'est Ruault qui a d'abord attiré l'attention là-dessus, sous la simple appellation de Phénol sulforiciné. Je l'emploie pour les ulcérations tuberculeuses du larynx lorsque les patients ne peuvent supporter l'acide lactique, dans les cas surtout où les ulcères sont chargés, en particulier avant de me décider à une intervention chirurgicale locale.

En raison de cette influence désinfectante et démarquante, je l'emploie en solution de 50-70 % pour des ulcérations syphilitiques.

J'observe depuis des années l'effet surprenant du remède dans la rhinite atrophique accompagnée d'ozène et je compte le noter parmi ces médications dont je ne voudrais pas me passer. Dans les formes atrophiques accompagnées d'ozène et invétérées, ce produit a opéré merveilleusement et je ne pouvais pas viser à de meilleurs résultats toutes les fois que j'employais les autres nombreux modes de traitement en faveur. Je ne peux pas du tout me prononcer au sujet des injections de paraffine.

J'ai chaque année quelques enfants atteints d'un commencement d'ozène en traitement ; soumis à des badigeonnages réguliers et profonds d'une solution à 30 %, l'évolution de la maladie s'arrête ordinairement et souvent s'amende à un tel point qu'on n'a même plus besoin de faire des lavages.

Il suffit, dans la suite, annuellement, de répéter deux à trois fois le traitement local.

Cependant, même dans les pires cas d'ozène primitif, l'amélioration est surprenante, après un traitement régulier ; souvent la formation des croûtes disparaît pour longtemps ainsi que la

mauvaise odeur, et un lavage quotidien suffit alors complètement. Dès les premiers jours du traitement l'état subjectif des patients, la sensation d'humidité du nez, dont les malades étaient privés pendant si longtemps, persiste souvent pendant des heures.

Dans les rhinites atrophiques simples, l'effet est encore plus puissant et, après un plus long et plus régulier traitement, l'état de certains patients s'améliore à un tel point que quelques-uns peuvent rester tout une année sans traitement.

Pour laver le nez, nous employons dernièrement l'odole, quatre à cinq gouttes dans un verre d'eau ; c'est un procédé peu coûteux et très efficace ; aussi n'est-il pas nuisible à l'odorat.

Nous alternons mensuellement les lavages du nez dont l'effet est violent après quelque temps et nous employons dans l'ozène alternativement l'odole, une solution de sel iodé, le sublimé et d'autres solutions à l'exception des préparations à base de phénol ou du permanganate de potasse, car ces deux produits nuisent à l'odorat.

J'étais jadis partisan de l'opération de la pachydermie du larynx, mais depuis que j'essaie les badigeonnages à l'alcool salicylé, mes résultats sont très bons : les verrues se ramollissent, l'épithélium se macère, et couche par couche se détache lentement.

Il est curieux que les patients témoignent d'un bien-être avant que le miroir signale une amélioration ; la voix s'éclaircit et ne se fatigue pas en parlant. Voici la formule que j'emploie :

Acide salicylique..... 1 gr.

Alcool à 90°..... 10 gr.

Glycérine..... 2 gr.

en solution ; plus tard j'ajoute plus d'alcool.

Je me sers de ce moyen pour toutes les kératoses de la gorge et du larynx et aussi pour la langue noire (langue pileuse) ; dans cette dernière maladie, les patients peuvent effectuer eux-mêmes deux fois par jour le traitement local et après quelque temps on peut tout simplement ôter les papilles macérées.

(Traduction par L. REINHOLD.)

PHARYNGITE ET CHLORURE

Par C. CHAUVEAU.

Nous avons rapporté, dans le numéro de juillet-août de ces *Archives*, une observation de pharyngite sèche avec troubles du goût et diminution des réflexes, qui s'était montrée rebelle durant trois années aux médications habituelles et avait cédé à une alimentation hyperchlorurée. Intéressé par ce fait, nous avons cherché les relations possibles entre l'état du pharynx dans certaines pharyngites et la chloruration de l'urine.

Nous n'ignorons pas l'imprécision de ce terme, chloruration de l'urine. Nous devrions en réalité connaître exactement l'alimentation des sujets¹. Or, il s'agit ici de malades non hospitalisés, qui échappent à un contrôle absolu. Cette remarque ne nous paraît pas cependant enlever à nos observations leur valeur.

Tout d'abord, il nous a semblé que le pharynx sec, ordinairement décoloré, comme atrophique, vernissé ou recouvert de sécrétions, de croûtes adhérentes, surtout au cavum, coïncidait avec une chloruration plutôt faible de l'urine, tandis que le pharynx rouge, congestif, d'apparence enflammée d'une manière diffuse, d'humidité normale, souvent granuleux avec luette grosse, s'accompagnait d'une chloruration plutôt forte. De plus, l'emploi des chlorures chez les premiers et de la déchloruration chez les seconds modifiait nettement et d'une façon rapide ces deux aspects différents.

Etendant alors notre champ d'observation, nous nous sommes demandé si l'état de la chloruration ne jouait pas un rôle dans l'ozène et l'otite sèche. En ce qui concerne cette dernière, malgré certaines modifications, le moment ne nous paraît pas encore opportun, divers points restant fort obscurs dans la compréhension des faits, de donner le résultat de ces recherches. Pour l'ozène, en particulier pour sa localisation trachéale, il nous semble au contraire possible de donner quelques conclusions favorables.

Chemin faisant, nous avons rencontré des pharynx ou secs ou congestifs ne semblant pas rentrer dans ces deux classes, qui

1. D'autre part, comme on sait, l'élimination des chlorures ne se fait pas seulement par les urines, mais par les fèces et des sécrétions diverses.

d'abord nous étaient apparues, peut-être par suite d'une heureuse série, si nettes. En d'autres termes, certains pharynx secs, décolorés..., ne coïncidaient pas avec une chloruration relativement faible de l'urine; et divers sujets, à pharynx congestifs, ne présentaient pas une chloruration marquée. Toutefois, il importe de dire de quelle façon nous avons pu faire nos recherches, afin de donner à ces restrictions leur valeur réelle. Nos malades ont été vus à la consultation de notre clinique externe. Beaucoup d'examens ont dû être faits, surtout au début, par le pharmacien de la famille. Et nous devons ajouter que divers de ces examens contrôlés depuis par nous n'ont pas toujours été ratifiés. Nous avons même trouvé parfois des différences notables.

D'une façon générale cependant, la coïncidence entre le degré de chloruration de l'urine et les types cliniques signalés plus haut s'est vérifiée. Et quand, en présence d'un de ces types cliniques, l'analyse ne concordant pas avec nos prévisions, nous avons néanmoins prescrit le chlorure de sodium ou la déchloruration, ce traitement a toujours modifié, de façon plus ou moins considérable, l'aspect anatomique. De telle sorte que si le rapport entre ces états cliniques et la chloruration de l'urine n'est pas élucidé au point de vue pathogénique, il est hors de doute, à notre sens, que ces états se modifient, s'améliorent sous l'influence du traitement hyper ou hypochloruré.

Nous ferons remarquer que, même si les analyses d'urines d'apparence parfois contradictoires étaient exactes, ceci n'aurait pas toute la signification qu'on pourrait supposer. En effet, il n'est pas démontré que l'équilibre des chlorures dans l'organisme soit identique, même à l'état normal, chez tous les sujets. On doit penser au contraire actuellement que l'état pathologique modifie assez profondément cet équilibre. D'ailleurs l'examen des urines est-il un critérium infailible? Il est difficile de l'admettre en présence de certains faits; de telle sorte que des recherches très étendues et longtemps poursuivies sont seules capables de nous fixer.

Comment agirait le chlorure de sodium dans les pharynx secs et l'ozène? Probablement, en modifiant la tension osmotique et en exagérant l'hydropisie ou plutôt l'humidité des tissus. Dans le pharynx congestif, l'abaissement du chlorure de sodium, en diminuant cette imbibition des mêmes tissus favoriserait par cela même la résorption des exsudats inflammatoires, et conséquemment la guérison des phénomènes morbides. Ces vues semblent bien cadrer avec les résultats obtenus par divers expérimentateurs,

mais sont encore trop hypothétiques pour être adoptées définitivement.

*
**

Nous avons réparti les faits en trois catégories; les pharynx secs, les pharynx congestifs, les ozènes avec pharyngite sèche.

Dans chacune de ces catégories, pour ne pas être exposés à redire d'une façon fastidieuse les mêmes choses, nous donnerons tout au long quelques observations et dans un tableau les autres.

Ajoutons enfin que nos faits sont récents. Nous dirons ultérieurement si les résultats se maintiennent ou s'ils sont simplement passagers.

I. — Pharynx sec.

Nous nous sommes bornés ici à ordonner au début simplement une alimentation hyperchlorurée. Ensuite nous avons conseillé les lavements légèrement chlorurés au 1/100^e, puis au 1/50^e¹.

OBSERVATION I². — H., 30 ans, cultivateur, célibataire, père et mère bien portants, un frère et cinq sœurs vivants et bien portants, trois frères ou sœurs morts, deux en bas âge, l'autre à treize ans de bronchite.

Antécédents personnels : à 17 ans, bronchite et laryngite; à 27 ans, fièvre typhoïde avec pleurésie.

Depuis 1896, il souffre de la gorge et il a été soigné par les traitements ordinairement appliqués à la pharyngite sèche, gargarismes, badigeonnages, cautérisations, etc.

Le 5 juillet 1905, l'analyse d'urine donne 6 grammes 50 par litre, et 11 grammes par vingt-quatre heures.

Pharynx très grand, piliers minces et pâles, amygdales très petites, luette presque atrophiée, muqueuse lisse, vernissée, très sèche, avec de larges mucosités collées à la paroi postérieure et remontant jusqu'aux choanes. Au larynx, rien d'anormal; muqueuse du nez un peu décolorée.

Rien à noter du côté du cœur, des poumons et des autres organes.

Nous mettons le malade au régime hyperchloruré.

17 juillet. A noter surtout une plus grande humidité de la paroi pharyngée postérieure; il y a encore des îlots très secs et des mucosités adhérentes. Même régime.

12 août. Malgré que le malade soit exposé toute la journée à la poussière d'une batteuse, le pharynx est plus rose et plus humide; il y a encore des mucosités moins adhérentes. Même régime.

18 septembre. Le malade est bien mieux; le larynx et le nez sont normaux; le pharynx buccal est beaucoup plus humide, a perdu son aspect lisse et vernissé, sa coloration uniforme; il présente de

1. Rapprochons de nos améliorations les résultats obtenus aux stations balnéaires chlorurées sodiques.

2. La plupart de ces observations ont été prises par notre collaborateur Salamo.

petits filots normaux ; il n'y a presque plus de mucosités grisâtres et adhérentes. Même régime.

10 octobre. Nous faisons procéder à un dosage nouveau des chlorures. Nous trouvons 20,5 par litre. Le nez et le pharynx sont normaux ; le pharynx buccal ne présente aucune mucosité adhérente ; il est rose presque uniformément et très humide ; le naso-pharynx, derrière le voile est encore un peu sec. Même régime.

28 octobre. La muqueuse du nez, du larynx, de la trachée même est rouge, présente des signes de catarrhe ; la muqueuse de l'oropharynx est très humide, rose, avec des traînées plus blanchâtres et des points légèrement plus secs, sans mucosités grises adhérentes. L'aspect du naso-pharynx est identique. Il n'y a véritablement aucune ressemblance entre ce pharynx et celui que nous avons soigné il y a quelques mois. Le changement est considérable. Nous supprimons le régime salé.

OBSERVATION II. — H., 43 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels appréciables, en dehors de la syphilis, d'ancienne date, qui paraît avoir été bien soignée.

Souffre de la gorge depuis 18 ans et vient à notre dispensaire depuis deux ans, où nous le soignons pour une pharyngite sèche rebelle, avec rhinite atrophique légère.

Le 16 juillet 1905, nous faisons faire l'analyse de ses urines ; 7 gr. 60 de chlorure par litre et 12 gr. 80 par vingt-quatre heures.

Il présente tous les signes de la pharyngite sèche ; muqueuse lisse, très décolorée, vernissée au niveau de la paroi postérieure, avec des croûtes très sèches et très adhérentes remontant jusque dans le cavum ; le pharynx est très large, les amygdales et la luette sont, à vrai dire, atrophiées. Dans le nez, la muqueuse est légèrement décolorée, il n'y a pas d'ozène. Le larynx semble normal, quoiqu'un peu pâle. Il n'y a pas de croûtes.

Rien à noter du côté du cœur, des poumons et des autres organes.

Régime hyperchloruré.

Le 8 août, nous constatons une certaine amélioration ; derrière les piliers, la muqueuse est plus rose ; il y a moins de mucosités sèches et elles semblent être moins adhérentes. État stationnaire du côté du nez et du larynx. Le régime est continué.

Le 12 octobre, le mieux est évident. Le malade mouche mieux ; la muqueuse du nez est plus rose ; la muqueuse du larynx semble normale. Les piliers et la paroi postérieure du pharynx sont bien plus humides et plus roses ; derrière le voile, la muqueuse est toujours sèche. Le régime est continué.

Le 24 octobre, nous constatons que la muqueuse du nez est encore un peu décolorée, mais humide ; que la muqueuse du larynx est normale et qu'elle ne présente rien de particulier ; que la muqueuse du pharynx est rose et humide, sauf un peu derrière le voile du palais où il y a encore de petites mucosités en traînées, sèches et adhérentes. Nous ordonnons les lavements salés.

II. — **Pharynx congestif.**

OBSERVATION I. — M. T., capitaine-pilote, 38 ans.

A. H. } rien à noter, sauf une grippe il y a trois ans. Souffre de la
A. P. }
gorge depuis un an.

20 sept. 1905. Examen des urines. Chlorure : 9.80 par litre et 16 gr. 85 par vingt-quatre heures.

Pharynx rouge et très congestif. La muqueuse est absolument injectée; les amygdales sont volumineuses, ainsi que la luette. Le naso-pharynx est également congestionné; la muqueuse du nez est rouge et hypertrophiée; la muqueuse du larynx est également très rouge. Traitement habituel et régime déchloruré.

29 septembre 1905, mieux évident. La muqueuse du nez est plus rose; la muqueuse du pharynx buccal est bien moins rouge, et moins injectée; les amygdales ressortent moins; la luette est moins grosse; le malade se sent beaucoup mieux. Le régime est continué.

24 octobre 1905. Malgré des alternatives de régime ordinaire et de régime déchloruré, le mieux s'est maintenu et est même plus appréciable: c'est ainsi que tout le naso-pharynx ne présente rien d'anormal; le nez et le larynx ont eux aussi leur teinte habituelle; on ne trouve de traces de congestion, si l'on peut dire, qu'au niveau des piliers postérieurs et de la paroi postérieure du pharynx buccal.

OBSERVATION II. — H., 30 ans, marié depuis deux ans; pas d'enfants; femme bien portante.

Antécédents héréditaires: rien à signaler.

Antécédents personnels: bronchite à 18 ans; forte angine, il y a six mois.

10 octobre 1905. Analyse d'urines: chlorure de sodium, 7,9 par litre et 15,8 par vingt-quatre heures. Pharynx rouge, congestif; luette hypertrophiée, comme œdémateuse; muqueuse rouge, inégale, très humide et sillonnée de nombreux vaisseaux. La muqueuse du nez et du larynx est, elle aussi, très rouge.

Rien au cœur, ni aux poumons. Cependant le malade a un teint très pâle, a l'air fatigué, anémique. Il est vrai qu'il se lève de très bonne heure pour aller aux halles et que peut-être il fait quelques excès de boissons.

Malgré l'analyse d'urine, étant donné l'aspect du pharynx, nous ordonnons le régime déchloruré.

19 octobre. Les muqueuses sont moins rouges, moins tomenteuses, au niveau du naso-pharynx et du pharynx buccal; la muqueuse du nez est plus rosée; le larynx est toujours un peu hyperhémie.

27 octobre. Le malade se sent beaucoup mieux; il ne tousse plus le matin et il n'a surtout pas du tout la même sensation de gêne dans la gorge; la muqueuse du nez est certes toujours un peu rouge, de même que celle du larynx, mais l'amélioration, le changement sont remarquables, de même qu'au niveau du pharynx, où la muqueuse est presque normale, rosée, humide sans exagération et a une ten-

dance à devenir lisse, même dans ses replis, derrière les piliers et le voile.

OBSERVATION III. — H., 70 ans, marié.

Maladies antérieures : glandes au moment de l'adolescence ; furoncles pendant la campagne du Mexique ; fièvres paludéennes, il y a vingt-cinq ans, en Algérie et en Tunisie.

12 octobre 1905. Examen des urines : chlorure, 10,90 par litre et 15 gr. 23 par vingt-quatre heures. Pharynx très congestionné ; nombreux vaisseaux courant sur la muqueuse ; granulations ; aspect inégal et tomenteux. Un peu d'hypertrophie de la muqueuse du nez, dont la saillie présente de nombreuses varicosités ; larynx un peu rouge.

Cœur arythmique ; bronchite sénile ; rien d'autre à noter.

Régime déchloruré.

27 octobre 1905. Le mieux est d'autant plus appréciable que le malade se soignait en vain depuis plus d'un an et n'avait jamais ressenti une telle amélioration que ces derniers jours. La muqueuse du nez et du larynx est toujours un peu rouge ; la muqueuse du pharynx se décolore, surtout au niveau des piliers. Cependant l'aspect reste encore le même au niveau du pharynx inférieur.

OBSERVATION IV. — F., mariée ; deux enfants bien portants ; pas de fausses couches.

Maladies antérieures : rougeole étant jeune ; jaunisse à 16 ans.

Souffre de la gorge depuis cinq ans : sans doute elle s'est soignée, mais elle a continué son commerce très fatigant (marchande dans les marchés).

18 juillet 1905. Pharynx granuleux, rouge et congestif ; congestion des muqueuses pharyngienne, nasale et laryngée ; un peu d'enrouement. Examen des urines : 15,80 de chlorure par litre et par jour. Régime déchloruré.

25 septembre. Le régime semble ne rien avoir donné ; mais la malade avoue ne l'avoir pas suivi, car elle est obligée de manger au restaurant. Nous conseillons le même régime que la malade ne suit d'ailleurs pas.

10 octobre. L'état est stationnaire ; même injection des muqueuses ; toutefois la muqueuse du nez est un peu rouge ; le larynx est au contraire très congestionné et il y a de l'enrouement.

Nouvelle analyse d'urine : 13,9 de chlorure par litre. Nous faisons comprendre enfin à la malade l'utilité d'un régime rigoureux.

25 octobre 1905. Le mieux est très appréciable. La malade a suivi rigoureusement son régime, puisqu'une nouvelle analyse ne donne que 5 gr. 40 par litre. La muqueuse du nez est normale ; le larynx présente une certaine hyperhémie, mais il n'y a pas d'enrouement. La muqueuse du pharynx est rose, presque sèche ; il n'y a pas de granulations. La malade se sent bien mieux.

OBSERVATION V. — H., entrepreneur de fumisterie, 48 ans. Marié, un enfant bien portant.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : rien de notable, sauf éperon de la cloison, enlevé il y a un an.

Souffre de la gorge depuis environ un an.

5 octobre 1905. La muqueuse du pharynx est rouge, congestionnée

PHARYNX CONGESTIF

NOM et âge	DATE de la 1 ^{re} visite	ASPECT du naso-pharynx	DOSAGE des chlorures par litre et par jour ¹	TRAITEMENT	DATE de la dernière visite	ASPECT du naso-pharynx
F. G. 33 ans	2 août	rouge, brillant humide	10.50	Régime déchlo- ruré	25 oct.	beaucoup moins rouge
H. M. 49 ans	28 juil.	très rouge et congestionné	14.50 21.75	»	25 sept.	beaucoup moins congest.
H. D. 28 ans	28 juil.	congestionné très humide	10.60 16.48	»	28 août	moins rouge
F. L. 42 ans	10 juil.	congestionné granuleux	15.97 19.96	»	12 août	plus lisse et moins rouge
H. C. 59 ans	15 juil.	très congestionné	19.80 18.81	»	17 août	moins rouge
H. J. 45 ans	29 juin	rouge congestionné	15.50	»	26 juil.	moins congest.
H. F. 41 ans	12 juil.	très rouge	11.40	»	12 août	bien moins rouge
F. R. 42 ans	15 juil.	congestif granuleux	10.20 12.25	»	2 août	mieux sensible
H. L. 37 ans	17 juil.	très rouge	14.80 14.80	»	3 sept.	plus sec
H. B. 45 ans	3 juil.	excessivement rouge	20.70 22.77	»	14 oct.	plus rose plus lisse
F. B. 31 ans	20 juil.	congestionné granuleux	11.20	»	3 août	mieux
H. B. 26 ans	30 juin	très congestionné	9.80 14.70	»	25 juil.	plus rose
H. F. 32 ans	5 octo.	rouge et granuleux	12.50	»	26 oct.	bien moins rouge
H. B. 35 ans	4 octo.	rouge et granuleux	10.50 17.85	»	26 oct.	mieux

et tomenteuse ; les amygdales sont assez volumineuses ; les piliers sont rouges, ainsi que le voile ; la luette est assez grande et paraît un peu hypertrophiée.

La muqueuse du nez est légèrement hypertrophiée.

1. Le premier chiffre représente le taux des chlorures par litre ; le deuxième donne le taux des chlorures par vingt-quatre heures. Chaque fois qu'il y a un seul chiffre, c'est que malgré notre insistance, l'analyse qui nous a été remise ne donne que le taux des chlorures par litre.

La muqueuse du larynx est un peu rouge, mais ne présente rien d'anormal.

Rien au cœur, aux poumons, etc.

Examen des urines : chlorure : 13,50 par litre et 20 gr. 28 par jour.
Régime déchloruré.

26 octobre 1905. La muqueuse du nez est rouge, mais d'un rouge moins éclatant ; de même celle du larynx ; la muqueuse du pharynx buccal est plus rosée, moins tomenteuse, sauf derrière les piliers et derrière le voile, la muqueuse du naso-pharynx semble plus rouge. La luette est moins volumineuse et le malade accuse un mieux très sensible.

III. — Pharyngite sèche et ozène.

OBSERVATION I. — F., 38 ans, sans profession, mariée ; pas d'enfants ; pas de fausse couche. Rien de notable au point de vue antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, phlébite à 15 ans et demi ; rechute un an après. Elle a toujours souffert de l'estomac (aigreurs, éructations, pyrosis, etc.), et, dit-elle, de la poitrine.

Elle s'est aperçue, il y a cinq ou six ans, qu'elle mouchait de grosses croûtes et peu après qu'elle avait une continuelle sensation de sécheresse dans la gorge.

Il y a environ deux ans que nous la soignons par les traitements ordinaires pour son ozène et sa pharyngite sèche, quand notre attention est attirée sur cette question des chlorures.

Le 25 septembre 1905, nous lui faisons faire une analyse d'urine, qui donne 6 gr. de chlorure par litre et 8 gr. par jour.

A ce moment, la muqueuse de son nez est sèche, décolorée, pleine de croûtes adhérentes. De même, la muqueuse de son pharynx, de son naso-pharynx et aussi de son larynx. Cette muqueuse est lisse, comme vernissée par endroits et présente aussi des croûtes adhérentes. La voix est enrouée et, entre les cordes vocales, nous pouvons apercevoir et retirer une grosse croûte verdâtre.

L'examen des poumons, du cœur et des viscères est négatif.

Nous mettons la malade aux lavements salés, pour essayer de remédier à son hypochloruration et, le 14 octobre 1905, nous constatons que nous avons obtenu une grande amélioration, reconnue d'ailleurs par la malade elle-même, qui, jamais, dit-elle, ne s'est sentie aussi bien.

Dans le nez, la muqueuse est plus rosée, normale presque à certains endroits ; les croûtes se détachent d'elles-mêmes, ne sont plus collées et adhérentes comme auparavant ; le pharynx, encore un peu décoloré, est plus rose, surtout au niveau et derrière les piliers ; dans le larynx, on constate la même amélioration, en même temps que l'absence de croûtes ; le mieux est donc très appréciable.

OBSERVATION II. — F., 51 ans, mariée, veuve, un garçon bien portant ; pas de fausses couches.

A. H. Rien de notable.

A. P. Pneumonie il y a trois ans; à la suite, bronchite suspecte; depuis cette époque, souffre du nez et de la gorge.

Le 13 juillet 1905, nous faisons analyser ses urines. Le dosage des chlorures par litre est de 9 gr. 40 et seulement de 7 gr. 52 par jour.

Elle présente de l'ozène (atrophie de la muqueuse du nez,

PHARYNX SEC ET OZÈNE¹

NOM et âge	DATE de la 1 ^{re} visite	ASPECT du naso-pharynx	DOSAGE des chlorures par litre et par jour ²	TRAITEMENT	DATE de la dernière visite	ASPECT du pharynx
H. G. 17 ans	30 juin	ozène, pharyngite sèche	7.50 11.80	sel	25 août	humide
F. G. 44 ans	10 juil.	pharynx sec décoloré croûtes	7.20 7.20	sel	21 oct.*	humide
H. P. 35 ans	7 oct.	pharynx très sec	6. » 19.8	sel	21 oct.	très humide
F. L. 35 ans	7 juil.	ozène pharyngite sèche	4.50 5.65	sel	17 août	très humide
H. V. 26 ans	21 juil.	ozène laryngo-trachéal pharyngite sèche	5.60	sel	10 oct.	plus rose et humide
F. F. 22 ans	30 juin	ozène rhino-pharyngo-laryngo-trachéal	6.50 6.50	sel	20 oct.	mieux très sensible
F. B. 30 ans	20 oct.	pharyngite sèche	5.50 7.75	sel	30 oct.	plus humide
H. K. 30 ans	25 juil.	pharyngite sèche	6.40 12.80	sel	17 août	mieux
H. S. 50 ans	12 juil.	pharyngite très sèche	8.37	sel	7 août	plus humide
F. B. 14 ans	13 juil.	ozène, pharyngite sèche	5.20 3.90	sel	26 sept.	muqueuse plus humide
F. B. 16 ans	13 juil.	ozène, pharyngite sèche	5.80 4.35	sel	26 sept.	muqueuse plus humide
H. L. 31 ans	28 juin	pharyngite sèche	6.75	sel	15 sept.	plus humide

muqueuse très pâle, décolorée, croûtes nombreuses, adhérentes, à odeur fétide, etc.) et de la pharyngite sèche (palais large, amygdales très peu volumineuses, piliers très amincis, luette petite, atrophiée, muqueuse très sèche, lisse, avec mucosités sèches, très adhérentes et collées, etc.); le larynx est décoloré; il n'y a pas de croûtes.

1. Nous avons réuni, dans un même tableau, les pharynx secs et les ozènes, parce que les uns et les autres nous ont paru des sujets à chloruration d'urine faible.

2. Voir la remarque de la page 828.

Cœur : tachycardie.

Poumons : matité du sommet droit ; quelques râles fins. Rien à noter du côté des autres organes.

Régime hyperchloruré.

25 août. Dans le nez, les croûtes se détachent et la malade mouche mieux ; le pharynx est plus rose ; il y a toujours des mucosités sèches et collées. Etat stationnaire du larynx. Le régime est continué.

19 octobre. La muqueuse du nez est beaucoup plus rose et plus humide ; de même celle du larynx ; le changement n'est pas si notable du côté du pharynx ; toutefois, derrière les piliers, la muqueuse est plus rose et plus humide, et sur toute la paroi postérieure, il y a comme des îlots d'humidité. Nous ordonnons les lavements salés.

25 octobre. La malade se sent mieux. Elle mouche plus abondamment et « moins gros », dit-elle. La muqueuse est rose, humide ; le larynx est net, presque normal ; le pharynx est beaucoup plus humide ; il n'a plus du tout l'aspect lisse, vernissé d'autrefois ; cependant, derrière le voile, dans le cavum, il y a encore des traînées de mucosités sèches. Cœur : toujours de la tachycardie ; poumons, état stationnaire. Le régime est continué.

II. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

EXPÉRIENCES PORTANT SUR LES PHÉNOMÈNES

DE

SÉCRÉTION DU VOILE DU PALAIS ¹

Par **L. RÉTHI**, privat-docent (de Vienne).

Messieurs, je vais vous donner un résumé bref des résultats obtenus par un nombre de recherches expérimentales tantôt histologiques, tantôt chimiques, que j'ai faites dans ces dernières années, à l'Institut de physiologie de l'Université de Vienne, dans le but d'étudier les processus de sécrétion du voile du palais. D'une part, j'ai porté mon attention sur les nerfs périphériques conduisant les filets sécréteurs des glandes palatines, et j'ai établi ² le chemin périphérique pris par ces nerfs sécréteurs; d'autre part, j'ai recherché leurs noyaux ³; en dernier lieu, mes recherches ont porté sur la structure histologique du voile du palais et sur la sécrétion elle-même. Cependant, ces dernières recherches n'étant pas encore terminées, il n'est, à l'heure qu'il est, permis d'en tirer que des conclusions relatives. A ces expériences ont servi des lapins, des chiens et des chats, ainsi que quelques singes.

Voici ce que j'ai pu établir :

A. — Il y a sécrétion : 1° Par l'*excitation locale* du voile du palais, à n'importe quel endroit; si l'on applique une électrode double et qu'on excite avec le courant faradique, on obtient sur le pourtour de l'électrode quelques gouttelettes de sécrétion, augmentant progressivement de volume et confluant finalement. Après avoir essuyé le liquide, la sécrétion se produit de nouveau aussitôt qu'on remet l'électrode. Cette expérience peut être recommencée plusieurs fois de suite.

1. Communication faite dans la section laryngo-rhinologique de la 77^e réunion des naturalistes et médecins allemands, à Meran, septembre 1905.

2. Voir les comptes rendus de l'Académie impériale des Sciences à Vienne, tome 112, § III, octobre 1903 : « Recherches sur l'innervation des glandes palatines ».

3. Voir *ibidem*, tome 113, § III, juin 1904 : « Les centres sécréteurs du voile du palais ».

Ce phénomène ne se produit pas sous l'influence de la contraction des muscles du palais et n'est par conséquent pas obtenu par expression mécanique de la sécrétion contenue dans les glandes; en voici les preuves: d'abord il peut être répété à volonté plusieurs fois, et ensuite, si l'on excite la branche pharyngée du pneumogastrique conduisant les filets moteurs du muscle élévateur du voile du palais, on n'obtient pas la sécrétion, quoique la contraction soit à cette occasion bien plus énergique. Il y a là pourtant des exceptions dont je parlerai tout à l'heure.

2° On obtient de la sécrétion en outre par l'excitation du *grand sympathique du cou*, dans toute son étendue, à partir du *ganglion supérieur jusqu'au ganglion inférieur* et un peu au delà. Après section du cordon cervical, on obtient, en excitant le bout central, à part d'une mydriase, la sécrétion du côté excité, accompagnée parfois même de congestion du voile. La limite de la sécrétion vis-à-vis de l'autre côté se trouve juste dans la ligne médiane. Les gouttelettes jaillissent à peu près quinze secondes après le début de l'excitation dont l'effet dure environ deux minutes. Les gouttelettes accroissent et confluent. Après les avoir séchées, elles rejaillissent après deux autres minutes de nouveau. Là aussi, ce phénomène peut être reproduit plusieurs fois.

L'excitation du bout périphérique des nerfs glosso-pharyngés, lingual et pneumogastrique, n'est suivi d'aucun effet. Quant à cette dernière expérience, il faut faire attention pour que les lignes de flux du courant ne touchent pas le grand sympathique.

3° On obtient aussi la sécrétion du voile du palais, quand on excite le *tronc du nerf facial* à son entrée dans le conduit auditif interne; là aussi, la sécrétion est unilatérale et rigoureusement limitée par la ligne médiane de l'autre côté du palais. Les gouttelettes n'apparaissent pas, comme c'est le cas, sur excitation du sympathique, après quinze secondes, mais elles jaillissent, après une à deux secondes, confluent rapidement et forment une couche continue de sécrétion. Ici encore, le phénomène peut être observé plusieurs fois de suite.

Par une disposition spéciale de ces expériences, on a pu éviter toute possibilité d'une action réflexe de quelqu'un de ces nerfs sur tel autre de ceux-ci; c'est plutôt que le sympathique du cou et que le tronc du facial contiennent chacun des vraies fibres sécréteurs destinées pour les glandes du palais du même côté du corps.

B. — En deuxième lieu, j'ai constaté que les nerfs sécréteurs

du voile du palais contenus dans le sympathique du cou s'engagent dans la caisse du tympan, se dirigent à travers le promontoire et rejoignent en commun avec le *grand nerf pétreux profond* et le *nerf vidien*, le *ganglion sphéno-palatin*. Dans quelques cas seulement les fibres destinées aux parties postérieures du voile du palais s'unissent à la branche pharyngée du pneumogastrique, et en suivant son parcours arrivent en même temps que les fibres motrices destinées au muscle élévateur du voile du palais à celui-ci. Ce sont ces cas assez rares, cités plus haut, où par l'excitation du rameau pharyngé du pneumogastrique, il se produit de la sécrétion sur les parties postérieures du palais.

Les fibres sécréteurs que contient le tronc du nerf facial se joignent au contraire au *grand nerf pétreux superficiel* et de là au *nerf vidien* et aboutissent avec celui-ci également dans le *ganglion sphénopalatin*, d'où elles se dirigent, en commun avec les fibres du sympathique, dans les nerfs palatins et plus loin par le *nerf palatin postérieur*, vers leur point terminus.

C. — Ensuite je me suis mis à la recherche des noyaux de ces nerfs sécréteurs; c'est ainsi que j'ai découvert le noyau des nerfs, que contient le sympathique : il est logé dans la *partie dorsale de la moelle épinière*, à la hauteur de la *cinquième-sixième vertèbre dorsale* et des deux côtés de la ligne médiale. De là, les fibres se dirigent dans la *moelle dorsale jusqu'à la première et la deuxième vertèbres dorsales*; elles quittent la moelle dorsale en commun avec les *branches communicantes* et s'engagent dans le cordon cervical. En ce qui concerne le noyau des nerfs sécréteurs du palais qui accompagnent le tronc facial, il se trouve logé *au-dessous du plancher du quatrième ventricule*, en avant de son triangle inférieur, à 2 millimètres de la ligne médiane; on a pu constater l'existence d'un noyau de chaque côté.

Je ne veux pas entrer ici dans les détails cliniques de la question; cependant je tiens à vous signaler que d'observations chimiques multiples, il résulte que ce qui a été trouvé pour le facial des animaux suscités paraît être analogue chez l'homme: chez l'homme aussi, certains filets sécréteurs ont leur point de départ dans ce nerf et aboutissent au palais. Nous savons que les malades atteints de paralysie faciale se plaignent souvent d'avoir la gorge sèche. La glande sous-maxillaire et sous-linguale reçoit du facial, par l'intermédiaire de la corde tympanique des nerfs sécréteurs; aussi la sécrétion salivaire a-t-elle à souffrir, s'il y a lésions du facial centralement de la corde tympanique; par là on peut expliquer la sensation de sécheresse dans la bouche.

Cependant il existe des cas — et on les trouve cités par Koes-ter et Erb — où la sécrétion salivaire étant restée intacte de deux côtés, il y avait néanmoins sensation de sécheresse dans la bouche. Dans des cas pareils, il n'est pas impossible que seuls les nerfs glandulaires du palais auraient été atteints.

Quant au sympathique, j'ai eu l'occasion de faire une observation qu'on pourrait expliquer de cette manière. Un homme de trente ans me consulte pour une laryngite. Au premier coup d'œil je suis frappé de la petitesse de la pupille et l'étroitesse de la fente interpalpébrale du côté gauche. Je constate en outre une tumeur résistante, peu mobile, de la grosseur d'une noisette au dehors du cou, à gauche de la ligne médiane et au-dessus de la poignée sternale, tumeur située dans les couches profondes du tissu. A côté de cela, accélération du pouls; le récurrent intact, pas de troubles dans les mouvements des cordes vocales; les mouvements du voile du palais normaux: mais une différence nette entre les deux moitiés du voile en ce qui concerne la sécrétion.

Après quelques minutes d'observation, je peux constater l'apparition de gouttelettes de sécrétion tout le long du voile du côté droit; ce phénomène était nettement limité sur le côté droit, tandis que de l'autre côté de la ligne médiane, il ne s'était rien produit de semblable. La tumeur qui sortait de la profondeur comprimait les nerfs. Le pneumogastrique, qui était également atteint, pouvait plutôt s'effacer de côté que le sympathique moins mobile que lui. Et, en effet, le sympathique était chez cet individu le plus atteint. Les symptômes oculo-pupillaires étaient nettement caractérisés; les autres symptômes moins constants de la paralysie du sympathique, comme la vaso-dilatation de la peau de la face et de la tête, l'anhydrose et l'amaigrissement de la partie atteinte de la face, n'étaient point nets.

Il est d'autant plus difficile de saisir le mécanisme de la sécrétion du voile du palais, que celui-ci est muni, comme nous venons de le voir, des nerfs sécréteurs qui lui viennent de deux directions, c'est-à-dire du sympathique et du facial.

Or, il s'agit d'établir, si le palais est muni de deux sortes de glandes, pourvues séparément de ces nerfs ou bien si la même espèce de glandes est innervée de deux côtés en même temps de nerfs sécréteurs. Il y a en effet des analogies pour les glandes salivaires de la bouche qui reçoivent leurs nerfs sécréteurs du sympathique et d'un nerf cérébral, et tandis que la parotide et la sublinguale ne sont composées que de glandes

muqueuses, la glande sous-maxillaire de l'homme est au contraire une glande composée, puisqu'elle enferme des alvéoles de caractère des glandes albumineuses à côté de glandes de caractère muqueux.

J'ai donc examiné d'une part la muqueuse du palais histologiquement, et d'autre part j'ai pratiqué l'analyse microscopique et quantitative de la sécrétion. Ces recherches ne sont pas encore complètement terminées; c'est pourquoi je ne peux pas entrer encore dans de nombreux détails. Mais je puis dès maintenant affirmer que le palais ne contient qu'une espèce de glandes, des glandes muqueuses; j'ai pu en outre constater des différences appréciables dans la composition quantitative de ces deux sortes de sécrétions, dans la sécrétion d'origine sympathique et celle d'origine faciale.

(Traduction par L. REINHOLD.)

III. — PHYSIOLOGIE

I

ORIENTATION ET ACCOMMODATION AUDITIVES HÉMIDÉSORIENTATION CENTRALE

Par **L. BARD**

Professeur de clinique médicale à l'Université de Genève.

(*Deuxième réponse à M. le Dr P. Bonnier.*)

Je remercie M. le Dr Bonnier de l'empressement qu'il met à me répondre; c'est avec raison qu'il est convaincu que je désire sincèrement voir discuter mes théories; quiconque a l'heur ou le malheur d'en faire et d'en publier ne doit craindre pour elles que le silence ou le démarquage; les lettres de M. Bonnier ont montré que ni l'un ni l'autre ne sont à redouter ici.

Je suis donc tout autant que lui désireux de continuer notre controverse et prêt à la poursuivre tant que la rédaction des *Archives* voudra bien lui donner l'hospitalité. Il est vrai que nous paraissions être les deux seuls à nous préoccuper à l'heure actuelle de l'orientation et de l'accommodation auditives, mais il n'est pas défendu d'espérer que notre discussion puisse finir par intéresser la galerie et engendrer d'autres amateurs.

I. — La dernière lettre de M. Bonnier prouve que nous sommes complètement d'accord sur les questions de priorité et ne laisse ouvertes que les questions de fond, ce qui déblaye beaucoup le terrain.

M. Bonnier reconnaît, en effet, que « l'accommodation à la distance, indépendante de celle à l'intensité », reste bien à moi. Je ne reviendrais donc pas sur ce point, s'il ne me paraissait nécessaire de répéter qu'elle mérite seule le nom d'accommodation à la distance. Sans doute l'accommodation à l'intensité peut entrer en jeu quand une source sonore se rapproche ou s'éloigne sans modifier son intensité initiale, tout aussi bien que quand cette source sonore modifie son intensité propre sans se déplacer, mais l'adaptation a été la même dans les deux cas, et dès lors elle ne mérite pas plus le nom d'accommodation à la distance dans le premier cas que dans le second.

Il est vrai que la véritable accommodation à la distance constitue un *fait* qui n'avait pas encore été signalé, et c'est précisément ce qui me permet d'en revendiquer la découverte; mais il est également vrai que ce fait n'étant pas encore connu, il était nécessaire de démontrer sa réalité avant d'en préciser le mécanisme, sous peine de lui voir mériter la qualification de « soi-disant fait », que mon contradicteur n'hésite pas à lui donner.

Or, dans les articles que j'ai consacrés à l'accommodation auditive à la distance, j'ai précisément commencé par l'énoncé des motifs pour lesquels j'admettais l'existence de ce fait; j'espère qu'en les contrôlant, et en y réfléchissant, M. Bonnier arrivera à se convaincre comme moi de leur valeur.

Ces motifs se trouvent développés plus spécialement dans deux de mes mémoires¹ et je prie M. Bonnier de s'y reporter; je ne puis que les résumer ici.

D'une part, l'observation directe montre que l'oreille jouit, comme l'œil, du pouvoir de percevoir plus nettement une source sonore choisie par la volonté au milieu de plusieurs autres, par exemple une seule personne dans un entourage, un seul instrument au milieu d'un orchestre, et cela indépendamment de l'intensité de la source sonore choisie, aussi bien lorsqu'elle présente la même intensité que les sources sonores concurrentes que lorsqu'elle présente une intensité différente.

D'autre part, l'adaptation d'un appareil quelconque aux conditions physiques des excitants de distances différentes est une condition essentielle de sa finesse et de sa puissance d'analyse; qu'il s'agisse de la mise au point des appareils d'optique ou de la hausse des appareils balistiques, il faut toujours rétablir par quelque dispositif correcteur l'utilisation d'un même appareil pour des distances différentes; j'ai montré, dans l'article de la *Revue romande*, que le tympan ne pouvait pas échapper à cette loi².

De même que pour l'œil, cette accommodation à la distance n'existe que pour les distances rapprochées, dans un rayon d'action déterminé. Entre beaucoup d'autres, une observation très simple, que j'ai répétée bien des fois, met en évidence, d'un seul coup, l'existence de ce choix accommodatif entre des sources sonores rapprochées et son impuissance quand ces sources sont sorties du rayon d'action de l'accommodation à la distance: Si l'on suit de l'oreille deux crieurs de journaux cheminant à quelque distance l'un de l'autre, on distingue facilement leurs annonces simultanées tant qu'on est encore assez rapproché d'eux, en écoutant à volonté successivement l'un ou l'autre; à mesure qu'ils s'éloignent, la séparation devient plus difficile, bientôt on ne distingue plus aucun mot quand ils crient à la fois, alors qu'on comprend encore à merveille chacun d'eux dès que l'autre se tait.

1. L. BARD. De l'existence et du mécanisme d'une accommodation auditive à la distance. *Journal de phys. et path. gén.*, 1904, p. 1051 (spécialement fin de la page 1052 et commencement de la page 1053).

2. L. BARD. De l'accommodation auditive, son but et ses diverses modalités. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, p. 737 (spécialement paragraphe V, pages 8 à 11 du tirage à part).

Toutefois, et il importe qu'il n'y ait pas de confusion sur ce point, l'accommodation à la distance n'a ni pour but, ni pour effet de « grossir » le son, l'accommodation à l'intensité en est seule capable; la première augmente simplement la netteté de sa perception, au détriment des autres, absolument comme l'accommodation cristallinienne. D'ailleurs, pour M. Bonnier, « il est hors de doute qu'une oreille reconnaît un son fort et lointain d'un son proche et faible », et cette constatation est déjà une petite concession à l'indépendance des données qui sont fonctions de la distance de celles qui sont fonctions de l'intensité.

Si, à la réflexion, M. Bonnier consent à élever l'accommodation à la distance proprement dite, c'est-à-dire indépendante de celle à l'intensité, de la fausse position de « soi-disant fait » à la dignité de *fait* bien établi, il sera temps de discuter le mécanisme que je lui attribue : la tension différentielle des quadrants du tympan par l'action du muscle de l'étrier, action qui m'a permis de comparer ce muscle au muscle ciliaire, comparaison dont M. Bonnier m'accorde la priorité, mais hélas, aussi, et d'ailleurs avec autant de raison, « la propriété exclusive ». Ce qui me console cependant de cette propriété exclusive, c'est que ma théorie est récente et que M. Bonnier est encore le seul auteur qui ait paru en avoir connaissance.

II. — En ce qui concerne le point fondamental de ma théorie de l'orientation latérale, la prédominance d'action de la demi-phase positive de l'ondulation sur la demi-phase négative, nous en sommes, avec M. Bonnier, à peu près au même point que pour l'accommodation à la distance : il m'accorde que je n'ai aucun précurseur et il « voudrait pouvoir me souhaiter des apôtres ». En les attendant, j'ai cependant franchi une première étape; j'ai déjà eu un contradicteur, avant M. Bonnier, en la personne de M. le professeur Yves Delage, et j'ai échangé avec lui une petite polémique à ce sujet¹.

Toutefois, mes deux contradicteurs ne se placent pas au même point de vue : tandis que M. Bonnier croit impossible cette inégalité des deux phases et qu'il en traite la conception de « légèrement parapsychique », M. Delage l'admet; il en calcule même la valeur probable, à l'aide de formules inattaquables, mais il croit que cette inégalité ne peut pas avoir d'effet sur l'oreille parce qu'elle repose sur des différences trop faibles pour exercer une action sur elle. J'ai répondu à M. Delage que, si faibles qu'elles soient, pourvu qu'elles soient réelles, des différences de gran-

1. Sur l'orientation auditive latérale. *Archives de zoologie expérimentale et générale*, 1905, n° 3, p. XLI-XLVII et n° 6, p. CI-CVII.

deur suffisent à servir de base à une perception sensorielle, car cette dernière possède une puissance dont les appareils artificiels les plus perfectionnés ne peuvent approcher.

M. Delage invoque encore, contre le rôle de ces différences dans l'orientation auditive, un second motif d'ordre physique que je n'accepte pas plus que le premier, mais qu'il serait trop long de développer ici. M. Bonnier, et ceux que la question intéresse, trouveront objections et réponses dans les articles cités plus haut, et, de plus, dans une communication que j'ai faite à la Société de physique de Genève¹, où elle a rencontré l'assentiment des physiciens présents; ils ont reconnu que ma conception était nouvelle, que la physique classique ne l'avait pas encore envisagée, qu'elle serait peut-être difficile, sinon impossible, à démontrer expérimentalement, mais qu'elle était d'accord avec les lois générales de la mécanique. En attendant les apôtres souhaités, je ne pouvais rien demander de plus.

Quant à l'objection élevée par M. Bonnier que « si la demi-onde en aval de la propagation était plus grande que la demi-onde en amont, ce ne serait pas seulement le son qui serait propagé, nous le serions avec lui », il me permettra de lui répondre que cette objection m'étonne sous sa plume, alors qu'il a toujours évité de confondre les ébranlements moléculaires et les déplacements molaires. Dans son objection, il confond la transmission de l'ébranlement qui propage le son, de molécule à molécule, toujours en avant, avec les oscillations des molécules autour de leur position de repos. De plus, et surtout, il oublie que chaque demi-oscillation de la molécule, tant en aval qu'en amont de sa position initiale, est un mouvement de *va-et-vient* composé de deux déplacements égaux et de sens contraire; que ces deux demi-oscillations soient égales ou inégales l'une par rapport à l'autre, la molécule n'en revient pas moins à sa position initiale, par définition même, dans une oscillation complète, pour parler son langage, la molécule ne fait pas « trois pas en avant et deux en arrière, » mais bien *trois* en avant, *cinq* en arrière, et puis *deux* en avant; après quoi elle se retrouve au même point, ayant fait le même nombre de pas dans chaque sens.

Je concède à M. Bonnier qu'aucun « appareil de physique » n'a encore « enregistré » la différence que j'ai proposé d'admettre, voire même que peut-être aucun ne l'enregistrera jamais, quoique le contraire soit également possible; je concède encore qu'aucun

1. L. BARD. Les éléments physiques de l'orientation auditive des bruits, *Archives des sciences physiques et naturelles*, 1905, p. 405.

physicien ne paraît s'être douté de son existence; mais j'ajoute que, dès à présent, il en est qui l'admettent, sinon comme expérimentalement démontrée, du moins comme rationnellement et mécaniquement établie.

Cette différence d'amplitude des deux demi-oscillations une fois physiquement admise, il resterait à discuter le mode par lequel l'oreille l'utilise pour permettre l'orientation consciente; je n'insisterai pas pour le moment sur ce point, M. Bonnier n'ayant pas formulé de critique contre cette partie physiologique de ma théorie. Par contre, je me permettrai de lui demander comment il explique lui même « que l'oreille (j'entends une oreille et non les deux oreilles bien entendu) reconnaisse le son venant de droite du son venant de gauche », fait qu'il reconnaît « très certain ». A ma connaissance, aucune explication d'aucune sorte n'en a été donnée avant celle que je propose.

III. — La question de l'hémidésorientation n'est pas solidaire des précédentes, mais elle a été abordée dans cette discussion et je dois également préciser ce qui la concerne dans ce débat.

Il s'agit uniquement de l'interprétation à donner au fait observé par Egger de la perte de la perception des mouvements de rotation dans un sens chez un malade atteint d'une tumeur cérébrale. Egger voulait expliquer le fait par la destruction d'un nerf vestibulaire par la tumeur. M. Bonnier lui a objecté la double perception, positive dans une oreille, négative dans l'autre, du même déplacement horizontal. Je souscris entièrement à cette objection, mais M. Bonnier n'a pas pu substituer d'explication à celle qu'il combattait; il reconnaît que le fait indiqué par Egger ne s'explique pas par sa théorie, mais il a le tort d'ajouter qu'il ne s'explique pas mieux par la mienne. Egger a publié récemment un nouveau fait du même ordre, dans un cas de sclérose en plaques, c'est-à-dire, encore chez un malade atteint de lésions du système nerveux central, et il réédite à cette occasion la même explication, inacceptable, que la pression positive serait seule perçue ¹.

Il est bien connu que les appareils nerveux perçoivent surtout les variations des excitations, les variations descendantes au même titre que les variations ascendantes et réciproquement; la loi est générale, et il n'y a aucun motif de penser que les papilles des canaux semi-circulaires fassent seules exception. Il y a mieux d'ailleurs, cette opposition des perceptions d'un

1. F. RAYMOND et M. EGGER, Un cas d'ataxie vestibulaire. *Revue neurologique*, 30 juin 1905.

Arch. de Laryngol., 1905. N° 6.

même déplacement, par les deux canaux semi-circulaires d'une même paire bilatérale, n'est vraie que pour les deux paires horizontale et verticale perpendiculaires au plan médian; la paire verticale, supérieure, parallèle au plan sagittal, préposée à la perception des mouvements d'inclinaison en avant ou en arrière, perçoit bien évidemment les mouvements de cet ordre dans les deux sens et cependant, dans ce cas, par le fait de la disposition parallèle et non opposée des ampoules, les impressions sont simultanément positives ou négatives des deux côtés du corps à la fois.

L'explication de Egger est donc inacceptable; ses faits n'en restent pas moins, exigeant une autre explication, et mon chiasma vestibulaire la fournit très précise; j'aurais compris que M. Bonnier en contestât la vérité, je ne puis expliquer que par un oubli ou une distraction qu'il n'ait pas relevé cette explication dans le mémoire où elle se trouve¹. Je la rappelle brièvement: Il existe des centres de perception distinctes, pour chaque sens de mouvements, reliés tous les deux aux deux organes périphériques. Par suite de ces connexions, une lésion d'un labyrinthe ou d'un nerf vestibulaire supprimera toutes les impressions unilatérales, mais elle ne compromettra l'action d'aucun centre, puisque tous reçoivent leurs renseignements des deux labyrinthes. Par contre, une lésion située *sur les centres eux-mêmes, ou sur les voies vestibulaires au delà de leur chiasma*, supprimera la notion de l'une des directions des mouvements, en laissant persister la seule notion des mouvements de sens contraire: hémidésorientation centrale, qui est pour le sens labyrinthique le correspondant exact de l'hémianopsie pour le sens de la vue.

L'hémidésorientation est un phénomène central et non un phénomène périphérique, comme Egger l'a supposé à tort, et d'autant plus à tort que ses deux faits concernent précisément des affections du système nerveux central et non des affections labyrinthiques.

Je n'ai, en effet, ni l'honneur ni le plaisir de connaître personnellement M. Bonnier, j'espère que l'avenir comblera cette lacune; en attendant, je suis tout à sa disposition pour continuer ici ou là, avec ou sans « vivacité », la discussion que nous commandent à l'un et à l'autre, notre égal désir du progrès scientifique et notre égal amour de la vérité.

1. L. BARD. Des chiasmas optique, acoustique et vestibulaire, *Semaine médicale*, 1904, p. 137 (spécialement page 27 du tirage à part).

SUR LA THEORIE DE L'AUDITION

*Réponse au docteur Pierre Bonnier*Par **A. GUILLEMIN**,

Professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Ainsi donc, cher confrère, je m'étais lancé sur une fausse piste. Vous m'aviez posé des objections que j'ai crues vôtres, et que j'ai consciencieusement réfutées ; or voilà que vous me répondez : « Je n'ai discuté votre hypothèse qu'au point de vue « classique et non au mien, puisque... » etc.

Je ne me repens nullement d'avoir ainsi, par votre fait, guerroyé à côté de la question, puisque d'abord vous m'invitez fort gracieusement à donner mon appréciation sur votre théorie, et qu'ensuite vous m'avez fourni l'occasion de terrasser une fois de plus la « théorie classique » que nous combattons tous les deux.

Ce ⁿ^{ième} assaut n'est nullement inutile ; je pense même qu'il sera nécessaire encore souvent de revenir à la charge ; car la théorie classique a la vie dure, étant la fille de Helmholtz qui fut un puissant générateur ; et de plus elle a la chance de voir que ses adversaires les plus résolus ne s'entendent pas du tout pour la remplacer. Ah ! s'ils s'entendaient !

Cette éventualité ne doit pas être regardée comme irréalisable : entre adversaires loyaux qui discutent de bonne foi sur un point de science, l'accord est toujours possible, et même la discussion doit tendre à le réaliser pour le mieux, dans le seul intérêt de la vérité, qui est notre unique souci. C'est donc ce résultat que je vise ; j'ai peur seulement de tirer un peu trop la couverture à moi : vous rétablirez l'équilibre, s'il y a lieu.

Une première chose est nécessaire pour que nous nous entendions ; c'est que nous n'attachions pas à certains mots des sens différents. Je donnerai donc quelques définitions, en cours de route, quand je les croirai indispensables.

Il me semble qu'on peut caractériser votre doctrine par ces quelques mots : Sus à l'Acoustique et à ses vibrations moléculaires ! A moi la Mécanique, ses fortes pressions, ses oscillations totales, ses déplacements molaires !

Et je vous réponds en quelques lignes :

1° L'Acoustique refuse de se laisser opposer à la Mécanique : elle en est la fille respectueuse et ne s'insurgera jamais contre elle.

Ce premier point n'a pas besoin d'être démontré.

2° L'Acoustique ne s'occupe pas des vibrations *moléculaires* : les vibrations dont elle s'occupe ne diffèrent pas des oscillations que vous préconisez. — Ici commence la discussion, et obligatoirement aussi commencent les définitions.

Que doit-on entendre par vibrations *moléculaires*? — Actuellement ce mot est à peu près synonyme de vibrations *calorifiques*. Les molécules sont considérées comme des agrégats d'atomes qui tourbillonnent, oscillent, vibrent autour du centre de gravité de la molécule, *sans déplacer ce centre de gravité*. Les faits nouveaux révélés par le radium nous portent à croire que ces tourbillonnements d'atomes recèlent une quantité d'énergie formidable, presque infinie si on la compare à la quantité d'énergie qui est mise en jeu dans les variations de température que nous savons produire.

Vous voyez bien que c'est la Chaleur, et non l'Acoustique, qui s'occupe des vibrations « moléculaires » ; sur ce point encore l'accord est parfait.

Et cependant remarquez que mon affirmation... négative n'est pas exacte. J'aurais dû dire : l'Acoustique ne s'occupe *presque* pas des vibrations moléculaires. Cela signifie qu'elle est parfois obligée de s'en occuper, d'empiéter sur le domaine de la science du *Calorique*, comme la Physique empiète parfois sur le domaine de la Chimie, ou réciproquement. En voici un exemple :

Ayant calculé théoriquement la vitesse du son dans l'air, Newton obtint un résultat trop petit de $1/6$. A quoi tenait cette divergence? — Il fallut le génie de Laplace pour l'expliquer : Newton n'avait tenu compte que des variations de *densité* que produit dans l'air le passage d'une onde sonore ; il fallait y ajouter l'élasticité supplémentaire due aux changements de *température* qui accompagnent nécessairement les changements de *densité* dans l'air vibrant. Alors l'accord devint complet entre les vitesses trouvées par le calcul et par l'expérience.

Maintenant que nous savons que l'Acoustique laisse *le plus souvent* à la Chaleur le soin de s'occuper des vibrations moléculaires, il faut dire de quoi elle s'occupe *principalement*. Autrefois on ne prenait même pas la peine de le dire ! L'acoustique, parbleu ! elle s'occupe des vibrations... acoustiques, c'est-à-dire des vibrations capables d'engendrer un son, de celles dont la fréquence varie entre 16 et 16.000 par seconde ! Mais vous êtes venu, et vous avez jeté dans notre tranquille mare aux grenouilles la grosse pierre de vos vibrations « molaires ».

Je trouve que ce mot est très mal choisi; toutes les vibrations sont « molaires », puisque toutes elles produisent des *déplacements des masses moléculaires*, puisque les corps vibrants se déplacent tous « en totalité »; ils déplacent même les molécules situées aux nœuds, qui ne sont jamais parfaitement immobiles. Certes je ne vous dénie pas le droit de donner tel sens qu'il vous plaira aux expressions que vous inventez; mais votre premier devoir serait d'en donner une définition claire et rigoureuse. En négligeant de le faire, vous avez commis une omission très regrettable, car je ne suis pas le seul à avoir compris de travers. Mais combien cette définition doit être difficile!

Sa difficulté apparaîtra évidente à tous, si simplement nous rappelons que le mot « vibration », n'exprime pas uniquement l'idée de « déplacement alternatif »; il comporte plusieurs autres idées tout aussi importantes: il fait songer aux variations de pression, qui ne vous ont pas échappé, — aux variations de densité, qui ont servi à Newton, — aux variations de température dont Laplace nous a montré l'importance, — aux variations de potentiel électrique, qui se manifestent surtout dans les corps dits piézo-électriques qui ont été si utiles à Curie, — et à d'autres variations encore, telles que l'apparition de la double réfringence dans une barre de verre qui vibre, etc.

Ajoutons que rien n'est délicat, — c'est trop souvent impossible — comme de préciser dans un phénomène qu'on veut expliquer, la part qui revient à chacune de ces « variations », à chacune de ces modalités du mouvement vibratoire. On ne s'en douterait guère, en voyant avec quelle tranquille assurance vous nous dites, par exemple, que dans l'oreille ce sont les « déplacements » ou « tiraillements » qui agissent du côté nerf, tandis que ce sont les « variations de pression » qui agissent du côté « osselets ». Il est donc nécessaire que je fasse sentir toute la difficulté de cette spécialisation.

Dans l'exemple précédent, relatif à la vitesse du son, nous avons vu qu'il avait fallu les efforts combinés d'un Newton et d'un Laplace pour préciser la part qui revenait à la variation de la densité et à celle de la température; mais du moins la question a été résolue. Voici un exemple où elle ne l'est pas.

Dans la couche sensible où Lippmann a obtenu la photographie des couleurs, il se produit une réduction d'un sel d'argent sur des couches parallèles qui sont distantes d'une demi-onde lumineuse; cela est certain. Mais quel est l'emplacement réel de ces couches? Le dépôt d'argent métallique se produit-il aux nœuds (points où les variations de pression, densité et tempé-

rature sont maximas)? ou bien se produit-il aux ventres (points où les mouvements alternatifs atteignent leur amplitude maxima)? — Lippmann s'abstient de se prononcer, attendu que l'état actuel de la science ne permet pas de faire un choix. Combien d'acousticiens devraient imiter cette sage réserve de Lippmann!

Voici un exemple acoustique beaucoup plus simple, qui montre combien nos prévisions les plus « plausibles » peuvent se trouver en défaut.

Savart et après lui Tyndall ont brisé de beaux tubes de verre de 2 mètres de long et de 5 centimètres de diamètre, en les faisant vibrer longitudinalement. Dans ces tubes, il se produisait un nœud au milieu qui était tenu à la main ou serré dans un étau, et des ventres aux extrémités qui étaient libres. Pour faire chanter un tube, on frottait vigoureusement l'une de ses moitiés libres, et on obtenait à chaque extrémité des amplitudes vibratoires dépassant 1 millimètre. Pour produire un pareil allongement par la traction, il eût fallu un effort de plus de 1500 kilogrammes. Vous voyez quelle vigueur peuvent déployer les vibrations acoustiques que vous jugez insuffisantes pour agir sur le nerf auditif! — Mais c'est d'autre chose que je veux parler.

Où pouvait-on prévoir la production de ruptures dans un tube ainsi actionné? — D'abord au nœud central, car il est gêné par l'étau, et c'est autour de lui que se manifestent les plus grandes variations de densité, de pression et de température; — ensuite sur la moitié frottée, car le frottement y produit des tractions ou compressions qui s'ajoutent à celles qui sont dues au mouvement vibratoire; — mais non au voisinage des ventres où la densité et par conséquent la pression ne varient pas, où il n'existe que du mouvement avec une vitesse moyenne qui n'atteint pas un mètre à la seconde: il n'y a pas là de quoi briser un gros tube!

Eh bien! toutes ces prévisions sont fausses! C'est la partie non frottée qui se brise à partir des ventres extrêmes, et cette brisure consiste en une segmentation transversale donnant naissance à une série de petits anneaux qui, nous dit Tyndall, présentent des fêlures circulaires indiquant de nouvelles et plus petites divisions du tube.

Puisque les fractures se produisent partout ailleurs qu'aux endroits prévus, on voit à quel degré la circonspection est nécessaire en acoustique! Peut-être, direz-vous que c'est pour cela que vous avez délaissé l'Acoustique, et vous êtes jeté dans les bras de la Mécanique, où les phénomènes deviennent moins

obscurs, presque visibles, grâce à vos « oscillations totales », à vos « déplacements molaires », etc., qui ne sont pas du tout ce que j'ai dit ! — Que sont-ils donc ?

Je comprends ce que Helmholtz entendait par ces mots. La chaîne des osselets, disait-il, est si courte comparativement à la longueur d'onde, que, à un instant donné, tous les points de la chaîne ont très sensiblement le même mouvement. On peut donc dire, *sans erreur sensible*, que la chaîne tout entière se conduit comme si elle était animée d'un mouvement de translation ; elle oscille comme la masse d'un pendule ; de là le nom d'oscillation totale ou molaire.

Dans ce sens, cette image approchée doit s'appliquer exclusivement aux objets courts, par exemple aux grains de poussière collés sur un timbre vibrant ; il s'ensuit que le grain de poussière a un déplacement molaire, et que les molécules de bronze qui lui communiquent ce mouvement ont une vibration acoustique ! Ce n'est certainement pas à ce beau résultat qu'aspirait Helmholtz, et je le félicite de n'avoir parlé de déplacements « en masse » qu'incidemment, et sans y attacher d'importance.

Chez vous, il en est tout autrement : le déplacement total est le commencement et la fin de tout ; c'est un Dieu, en vérité ; ou c'est pour le moins ce *Deus ex machina* qui est toujours prêt à prêter assistance aux auteurs dans l'embarras !

« Le tympan, dites-vous, se déplace *en totalité* comme la membrane du phonographe ; les osselets se déplacent *en totalité*, « comme des leviers articulés qu'ils sont ; l'étrier joue comme « un piston à la surface du liquide qu'il meut *dans sa totalité*, « car il est, comme tout liquide, incompressible ¹. En « d'autres termes, les diverses parties de l'appareil de transmis- « sion jouent *en totalité*, par des mouvements *de toute leur* « *masse*, comme les pièces articulées, piston, bielles, tiroirs, « qui commandent le *mouvement total* de la roue et du train ». Ailleurs, vous reprochez au Dr Gellé d'avoir fait erreur en ne voyant pas que le mouvement du style du phonographe est bien « le type le plus formel d'ébranlement molaire total ». Etc...

Alors, tout naturellement nous arrivons à nous poser cette question : où pourrions-nous bien trouver un type de ces « vibrations acoustiques » que vous prétendez inefficaces ? — Est-ce dans le diapason ? — Non ! Car les branches du diapason font

1. Ce mot a fait son temps et ne devrait plus être employé. On sait depuis Canton (1716) que les liquides sont plus compressibles que les solides. D'ailleurs les gaz, fluides très compressibles, transmettent les forces et les pressions aussi bien que les liquides.

comme les styles du phonographe. — Est-ce dans les cloches? — Non! car ce sont des plaques recourbées, qui font, non seulement comme les diapasons, mais comme les plaques des phonographes. — Est-ce dans la sirène acoustique? — Moins que jamais! elles sont le type le plus parfait de déplacement total que l'on puisse rêver! — Est-ce dans les tuyaux? — Non! il faudrait ne pas connaître les cyclones de Lootens! etc.

Tout bien considéré, votre déplacement en totalité accapare tout; il ne reste plus la moindre mesure où loger la vibration acoustique! Vous l'avez supprimée d'abord, et vous avez proclamé ensuite qu'elle n'était bonne à rien! Au début de cet article, je disais que le mot vibration comprenait tout, suffisait à tout; vous faites l'inverse; c'est votre déplacement total qui doit remplacer tout le reste. Au fond, la conclusion est la même : *il n'y a rien qui différencie les vibrations tout court d'avec vos vibrations molaires.*

En conséquence, je proteste contre le changement que vous avez introduit. J'aime mieux conserver le vieux mot « vibration »; il est court, il est clair, et en même temps il est complet; car il comporte aussi les variations de pression, que vous en détachez parfois, toujours à tort, et en plus les variations de densité, température, électricité, etc., dont vous n'avez pas le droit de faire litière.

Quels sont donc les mérites de vos « synonymes », qui sont si nombreux, encombrants, incomplets, et par conséquent inexacts? Je les ai cherchés dans vos comparaisons préférées, et je n'y ai trouvé que des... démérites. J'y ai trouvé, de plus, que votre théorie, comme ses devancières, faisait de l'oreille un appareil abominable, une erreur prodigieuse de la Nature. Comme je suis convaincu néanmoins que cette idée n'est pas au fond de votre pensée, je suis obligé de m'expliquer. Commençons par la comparaison avec la machine à vapeur.

Avant vous, tout le monde croyait naïvement : 1° que l'oreille *était faite pour* conduire jusqu'aux terminaisons du nerf auditif, par ses vibrations internes, aériennes ou solidiennes, les vibrations venues du dehors, et 2° que la locomotive *n'était pas faite pour* conduire jusqu'à ses roues la chaleur de son foyer. On ne voyait donc nulle connexion entre ces deux ordres de faits, le premier voulu et utile, le second involontaire et nuisible. Vous les assimilez, et vous nous affirmez que les deux conductions sont aussi regrettables l'une que l'autre, attendu qu'elles représentent de l'énergie perdue, de l'agitation inutile :

« La conduction sonore dans les milieux auriculaires, dites-

« vous, n'est pas plus la cause immédiate de l'audition, que la « conduction thermique dans les milieux mécaniques n'est la « cause immédiate de la rotation de la roue ».

Je ne vous cacherai pas que cette assimilation me contriste. Je m'étais habitué à voir dans l'oreille un transmetteur émérite, presque parfait, doué d'une sensibilité exquise, et vous la mettez sur le même rang qu'un instrument mastodontique, incapable d'utiliser même la dixième partie de l'énergie calorifique que lui apporte la combustion du charbon!

Pour que j'accepte un si humiliant abaissement de l'oreille, cet appareil-bijou destiné à durer toujours, au niveau d'une machine à vapeur, ce legs grossier du passé destiné à disparaître; pour que je vous permette de ravalier ainsi l'artiste élégante qui s'acquitte de son rôle avec une si parfaite aisance, jusqu'à la condition misérable d'un manœuvre poussif qui halète et geint pour s'acquitter fort maladroitement de sa besogne, il serait nécessaire que vous me donniez de solides, de très solides raisons. Je les attends, sans parti pris, veuillez le croire, mais avec une forte dose de scepticisme, c'est certain.

Tant que l'oreille entendra le son d'un diapason vibrant posé sur le crâne, je croirai que les vibrations sonores, amenées *par conduction* suivant une route à déterminer, la mienne ou l'ancienne, jusqu'au nerf acoustique, sans avoir subi la formalité d'un baptême spécial, qui les guette au passage de l'équateur osselets-tympa, et qui veut les obliger à changer de nom, je croirai, dis-je, que ces vibrations sans épithète sont bien réellement la cause immédiate du son. (A suivre).

IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

I

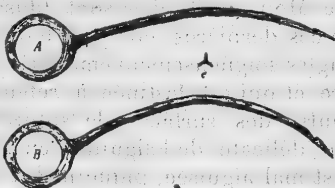
NOUVELLES AIGUILLES A SUTURE

Par **J. TOUBERT**,

Médecin-major de l'armée, agrégé du Val-de-Grâce.

Depuis que l'oto-rhino-laryngologie est devenue de plus en plus chirurgicale, son outillage s'est complété. Aux instruments d'exploration, qui jadis constituaient le fonds et même à vrai dire la presque totalité de son arsenal, sont venus se joindre nombre d'instruments que l'on pourrait appeler de grande chirurgie, pour les différencier des précédents, qui étaient plutôt des instruments de petite chirurgie.

Parmi ces instruments, la plupart sont spéciaux et ont été construits en vue du but précis qu'ils ont à remplir en chirurgie oto-rhino-laryngologique (rugines, curettes, pinces coupantes



A et B représentent les deux modèles de mes aiguilles à suture (réduites de dimensions). — C représente (légèrement grossie) la coupe des aiguilles à leur partie moyenne.

etc.); mais un certain nombre ont été empruntés tels quels à l'arsenal de la chirurgie générale, les instruments d'incision et de suture, par exemple, pour ne citer que ceux-là. Dès lors, toute modification apportée à ces derniers peut intéresser le spécialiste.

C'est à ce titre que je tiens à soumettre à mes confrères en oto-rhino-laryngologie un type nouveau d'aiguilles à suture, que j'ai présenté le 11 octobre 1905, à la Société de Chirurgie de Paris.

Ces aiguilles à suture, d'un modèle fort simple, construites sur mes indications par M^r Guyot, me paraissent appelées à rendre service dans tous les cas où l'on emploie les aiguilles de Péan, de Hagedorn, de Reverdin, etc.

La caractéristique de mes aiguilles est la forme de la tige. Au lieu de présenter, à la coupe, la forme d'un triangle isocèle ou d'un losange, comme la plupart des aiguilles courantes, elles

ont celle d'une étoile à trois branches, divergentes à 120° , de telle sorte que leur piqure ressemble à celle, bien connue, de la ventouse buccale de la sangsue.

Voici comment j'ai été amené à adopter cette forme. Les aiguilles chirurgicales sont des instruments piquants, comparables, en plus petit, aux armes de guerre piquantes, telles que l'épée, la lance, la baïonnette. Or, depuis longtemps, la lance et la baïonnette anciennes ont été modifiées et rendues plus pénétrantes ; ainsi la baïonnette dite Lebel et le fer de la lance actuelle des dragons sont, la première sur quatre faces et le second sur trois faces, fortement évidés, ce qui augmente dans des proportions considérables leur puissance de pénétration, ainsi que je l'ai constaté maintes fois au cours d'expériences comparatives sur le cadavre.

Pour la forme de leur corps, mes aiguilles sont comparables au fer de la lance de cavalerie, c'est-à-dire ont trois faces évidées. Pour le reste, elles rappellent les aiguilles du chirurgien hollandais de Moij, mais elles sont plus longues et plus robustes. Comme ces dernières, elles portent près de la pointe une encoche, à angles soigneusement émoussés, dont l'ouverture regarde en arrière et qui est destinée à retenir et à tirer le fil d'une lèvre à l'autre des surfaces de suture. Cette encoche répond à la partie délicate de l'aiguille ; en effet, la pointe de l'aiguille, si elle est mal aiguisée, pique mal et l'encoche, si elle n'a pas ses angles bien arrondis, accroche les tissus à l'aller ou au retour. Il y a là un point à recommander à la sollicitude du fabricant, si l'on veut éviter quelques petits mécomptes.

On peut, si l'on veut, donner aux aiguilles construites sur le type que j'ai imaginé, toutes les courbures, coudures, inflexions, présentées par les très nombreuses aiguilles connues aujourd'hui. On peut modifier aussi la forme de la partie qui sert à les manier et remplacer l'anneau digital par un manche de forme quelconque. Leur caractéristique originale n'en subsistera pas moins ; elle réside dans l'évidement de leurs faces, qui, sans affaiblir leur résistance, diminue leur poids et augmente leur puissance de pénétration.

Ces aiguilles, que j'emploie depuis plusieurs mois, m'ont permis de faire facilement et vite les sutures profondes, tout comme les superficielles. Pour les sutures profondes, je me sers d'une aiguille très incurvée en arc, dont la corde mesure 7 centimètres et la flèche 15 millimètres ; pour les sutures superficielles, je préfère une aiguille à peine incurvée en arc, dont la corde mesure toujours 7 centimètres, mais dont la flèche n'a que 7 millimètres.

Les résultats sont identiques à ceux obtenus avec les autres aiguilles ; les fils ne coupent pas davantage les tissus ; ils ne servent pas plus facilement de conducteurs, le long de la piqure, aux germes émigrant de la peau vers la profondeur. La cicatrice due aux fils, enfin, n'est pas plus apparente ; elle est même presque invisible, si on enlève ceux-ci au sixième jour.

Ces aiguilles représentent une simplification d'outillage. Elles sont solides, robustes, bien en main ; elles n'ont ni tubulures, ni cannelures susceptibles de s'encrasser facilement et très difficiles à bien nettoyer ; enfin leur prix est minime. Bref, elles paraissent réunir la plupart des avantages des autres modèles, sans en avoir tous les inconvénients. A ces divers titres, j'ai cru intéressant de les faire connaître, comme des instruments susceptibles de prendre place, sinon dans le riche arsenal du spécialiste de grande ville ou d'hôpital, du moins dans la petite trousse du praticien obligé de réduire son instrumentation au minimum.

II

UNE NOUVELLE CANULE POUR LES LAVAGES

DU

SINUS MAXILLAIRE PAR L'OSTIUM MAXILLAIRE¹

Par **C. J. KÖENIG** (de Paris).

La canule de Grünwald pour le lavage du sinus maxillaire par l'ostium a l'inconvénient, dans la grande majorité des cas, de glisser facilement de l'ouverture quand on demande au malade de mettre la tête en avant en vue du lavage. La raison est que le bec en est trop court, et si on l'allonge, on ne peut pas le tourner en place sous le cornet moyen, l'espace étant généralement trop étroit. Il est cependant parfois nécessaire de faire le lavage par l'ouverture naturelle du sinus ; d'abord le diagnostic de sinusite peut ainsi être établi dans les cas où on ne voit pas trace de pus dans le nez — j'ai eu un cas de ce genre ; ensuite, il est utile chez les personnes pusillanimes qui ne veulent pas entendre parler ni de ponction, ni d'opération, et comme elles sont très améliorées par ces lavages, elles s'en contentent — ceci est surtout vrai pour les personnes d'un certain âge.

L'instrument que je vous présente consiste en une canule de Grünwald coudée en arrière vers le côté gauche (le bec étant considéré tourné en avant). S'abouchant dans la lumière princi-

1. Présentée au Congrès de la Société française de laryngologie, tenu à Paris du 8 au 11 mai 1905.

pale du côté droit est un petit canal (canal latéral) pour le passage d'un mandrin consistant en un fil d'acier aplati très résistant, mais bien plus petit que la lumière de la canule. Sur ce mandrin, du côté du bec, est vissée une petite olive et sur l'autre extrémité glisse une petite pièce permettant de boucher le canal latéral et d'empêcher ainsi le retour du liquide de ce côté.



Le tube en caoutchouc du bock muni d'une pince étant fixé sur la partie coudée vers le côté gauche, on cherche l'ostium, préalablement cocaïné et adrénaliné, le malade ayant la tête penchée en arrière; puis le mandrin est poussé dans la cavité du sinus et empêche la canule de glisser quand le malade met la tête en avant et en bas. On bouche alors le canal du mandrin en arrière, on ouvre la pince et le liquide du bock passe facilement dans le sinus et s'échappe par les narines, entraînant le pus avec lui.

Pour nettoyer l'instrument, on dévisse l'olive et on retire le mandrin.

III

RÉSONNATEUR UNIVERSEL

POUR LE

RENFORCEMENT DES SONS DU DIAPASON

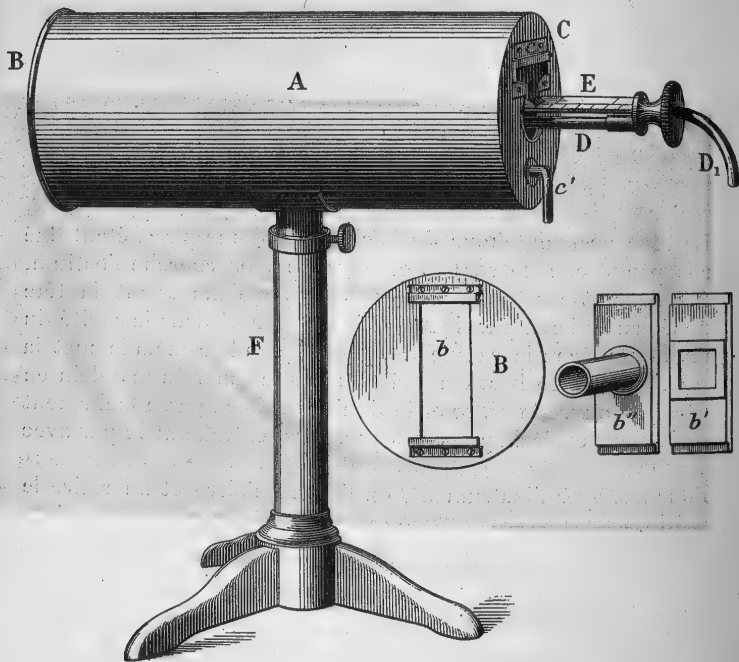
Par **A. ZÜND-BURGUET** (de Paris).

Ancien attaché au Laboratoire de Phonétique expérimentale
du Collège de France.

Les résonnateurs employés pour le renforcement des sons du diapason sont ou sphériques ou cylindriques. Les derniers ont sur les premiers le grand avantage d'être extensibles. Un seul résonnateur est donc capable de renforcer plusieurs notes successives. Ainsi les douze résonnateurs appartenant au grand appareil à flammes manométriques du regretté Dr R. Kœnig renforcent tous les sons de ut_1 à mi_5 .

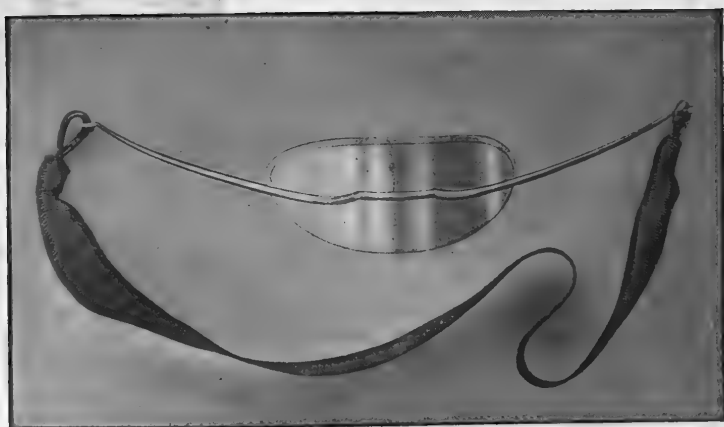
Ayant trouvé cet appareil trop encombrant pour l'usage quotidien, je me suis fait construire (1903) un résonnateur universel (fig. 1) qui, grâce à des changements de disposition extrêmement faciles à obtenir, me permet de renforcer toutes les notes de ut_1 à mi_5 . Cet appareil remplace par conséquent la série de douze résonnateurs dont je viens de parler.

Ayant des raisons de croire que cet appareil (d'un prix de revient très faible comparé à celui de toute la série de résonna-



teurs) peut être d'une certaine utilité pour d'autres, je n'hésite pas à le décrire dans cette revue, sans pourtant me préoccuper de savoir s'il est unique dans son genre ou s'il existe déjà d'autres dispositifs semblables.

Mon résonnateur universel — qualificatif un peu exagéré, puisque le renforcement ne se fait que pour cinq gammes — consiste en un cylindre en cuivre (A), (longueur 36 cm., circonférence 41, 5 cm.), reposant sur un trépied (F) et contenant en son intérieur un disque mobile rattaché au tube (D) qui le traverse dans son centre. En D_1 ce tube se relie à des tubes en caoutchouc destinés à conduire le son aux oreilles du sourd. Le



Contre-respirateur intra-buccal.

l'anneau rigide et non élastique qui contourne la larynx.
 organe et latéralement aux Jones pour se prolonger par un
 dextère la plaque se dirige transversalement au devant de la
 ligne fixée sur la partie médiane de la face antérieure ou con-

l'après que l'appareil applique sur les dents et non

Il est constitué par une plaque d'acier ou d'aluminium moulée
 respirateur intra-buccal et métallique que voici :

Après plusieurs essais nous nous sommes arrêtés au contre-

PAR HEYNIK.

UN

IV

sonnages vocal ou pulmonaire du professeur.
 donnent un jet et il ne peut plus être question désormais d'
 grâce à cet appareil les exercices oraux avec les sons
 considérable d'une oreille normale ne saurait la supporter
 ou à diminuer le renforcement. Ce dernier peut être tellement
 la voix de la personne qui veut en servir et aussi à augmenter
 Un usage spécial permet d'approcher l'appareil au timbre de

voix à renforcer d'autre
 façon telle que chacun renforce un son déterminé et ainsi
 remplacé par toute une série de petits disques disposés dans
 parole. Le disque mobile à l'intérieur du cylindre se trouve
 beaucoup plus petit et destiné au renforcement des sons de la

l'écoulement rapide de l'air au moment de l'allongement de la
 disque est soudé au petit tube d'échappement qui permet
 note se présente sous l'index c du disque Y. Au bas de ce même
 et ensuite on avancera ou enoncera le tube Y jusqu'à ce qu'il

chacun qui correspond à la gamme et laquelle appartient la
 forcer une note déterminée ou plusieurs autres d'appareil
 de la V et avec l'index c du disque Y. Au bas de ce même
 B. Avec le ressortneur renforcé les notes de la gamme avec
 trouve un disque mobile B. Les notes des échappements A, B, C
 positions relatives aux différentes notes. Du côté opposé se

tube central est surplanté d'une règle en métal (E) portant les indications relatives aux différentes notes. Du côté opposé se trouve un disque mobile (B) porteur des embouchures b , b' , b'' . Avec b le résonnateur renforce les notes de ut_3 à mi_5 , avec b' de ut_2 à si_2 et avec b'' de ut_1 à si_1 . Si donc on désire renforcer une note déterminée on placera sur l'appareil l'embouchure qui correspond à la gamme à laquelle appartient la note, et ensuite on avancera ou enfoncera le tube D jusqu'à ce que la note se présente sous l'index c du disque C. Au bas de ce même disque est soudé un petit tube d'échappement qui permet l'écoulement rapide de l'air au moment de l'allongement de la cavité du résonnateur.

Le dispositif que je viens de décrire m'en a suggéré un autre beaucoup plus petit et destiné au renforcement des sons de la parole. Le disque mobile à l'intérieur du cylindre se trouve remplacé par toute une série de petits disques disposés d'une façon telle que chacun renforce un son déterminé et aide ses voisins à en renforcer d'autres.

Un réglage spécial permet d'approprier l'appareil au timbre de la voix de la personne qui veut s'en servir et aussi à augmenter ou à diminuer le renforcement. Ce dernier peut être tellement considérable qu'une oreille normale ne saurait la supporter.

Grâce à cet appareil les exercices oraux avec les sourds deviennent un jeu et il ne peut plus être question désormais du surmenage vocal ou pulmonaire du professeur.

IV

UN CONTRE-RESPIRATEUR INTRA-BUCCAL

Par HEYNINX.

Après plusieurs essais, nous nous sommes arrêtés au contre-respirateur intra-buccal et métallique que voici :

Il est constitué par une plaque d'argent peu malléable, de forme elliptique, à surfaces l'une convexe, l'autre concave, disposées de telle façon que l'appareil appuie sur les dents et non sur les gencives. Les bords s'étendent d'un sillon gingival à l'autre; les extrémités dépassent suffisamment les commissures. Une tige fixée sur la partie médiane de la face antérieure ou connexe de la plaque se dirige transversalement au-devant de la bouche et latéralement aux joues, pour se prolonger par un ruban rigide et non élastique qui contourne la nuque. Avantages : solidité, fixité parfaite, aseptie facile.

V. — PHONÉTIQUE

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET PRATIQUE

SUR LES

TROUBLES EXTERNES OU MÉCANIQUES

DE LA

PAROLE

Par **Adolphe ZÜND-BURGUET**,

Ancien attaché au Laboratoire de Phonétique expérimentale
du Collège de France.

IX

Le Gammacisme

Les deux consonnes **g** (= *g* dur de *goût*) et **k** (= *c* devant toutes voyelles autres que *e* et *i*), sont comme les deux précédentes (*d* et *t*, voir Deltacisme, *Arch. int.*, 1905, n° 3) des *explosives*, dont la première est sonore, c'est-à-dire émise pendant que les cordes vocales sont en vibration. Le **k** au contraire est dit *sourd* parce que le larynx ne semble prendre aucune part à son émission.

Pour les prononcer correctement on rapproche les deux mâchoires, on laisse la pointe de la langue au contact des incisives inférieures pendant qu'on met la partie post-dorsale du même organe en rapport avec la voûte palatine. Après l'établissement de la fermeture du passage pharyngo-buccal, la langue s'abaisse brusquement pour **k**, plus mollement pour **g**. Il s'en suit que l'articulation du **g** et du **k** se fait en trois temps comme celle du *d* et du *t* que nous avons étudiée antérieurement.

Le premier temps correspond à l'élévation de la partie postérieure de la langue, le second à l'accolement de cet organe contre le palais et le troisième à l'abaissement de la langue. Ici encore c'est l'enlèvement plus ou moins brusque de la langue du palais qui produit un bruit qualifié d'« explosion ».

On a prétendu que le **g** était un **k** sonore ou, inversement, que le **k** était un **g** sourd. Cette définition n'est pas absolument

exacte, car, en dehors de la différence dans la sonorité, il existe aussi entre les deux consonnes une différence dans l'articulation. En effet pour **k** le dos de la langue est pressé assez fortement contre la voûte palatine. Cette pression n'existe pas pour **g**. De plus, la détente est brusque pour **k**, elle ne l'est pas pour **g** ; il en résulte une explosion plus forte dans le premier cas que dans le second.

Les anomalies qui se présentent dans la prononciation des deux consonnes **g** et **k** sont de trois sortes : 1° la langue ne se soulève pas suffisamment vers le palais pour intercepter le passage pharyngo-buccal, le son émis dans ce cas consiste en une simple expiration sourde ou sonore, buccale ou nasale ; 2° le contact entre la langue et le palais se produit incomplètement ou à un endroit impropre, il en résulte des phonèmes semblables à **dj**, **tch**, **dl**, **tl**, **chl**, ou **jl**, etc. ; 3° le contact s'établit d'une façon régulière mais le souffle, au lieu de passer par la bouche, s'échappe par le nez, une consonne nasale ou mieux un phonème nasonné se substitue à la consonne explosive orale.

Correction du Gammacisme

Pour corriger les défauts que je viens de mentionner, il convient de procéder à peu près comme dans les cas de deltacisme. S'il s'agit d'enseigner l'articulation du **k** à un enfant qui l'ignore complètement, il suffira généralement de l'inviter à émettre la consonne **t** pendant qu'on exerce une légère pression sur la partie antérieure de sa langue soit à l'aide d'une petite spatule spéciale soit au moyen de l'index. Dans ces conditions l'enfant s'efforcera instinctivement de soulever la langue et d'établir une fermeture entre le palais et la langue. La pointe de la langue, ainsi immobilisée soit par la spatule soit par le doigt que l'on presse dessus, ne pourra se soulever et ce sera forcément la partie post-dorsale qui viendra au contact de la voûte palatine. Pour empêcher l'émission du souffle par le nez on aura soin de pincer ce dernier légèrement.

On procédera de la même manière dans les cas où l'enfant remplace les **g** et les **k** par **d** et **t** (paragammacisme), ce qui est assez fréquent surtout chez ceux qui ont eu dans les premières années de leur vie, la mauvaise habitude de sucer la langue.

Quant à l'emploi d'appareils indicateurs, je les crois plus aptes à amuser les sujets qu'à les débarrasser de leur défaut.

VI. — PÉDAGOGIE DE LA SURDI-MUTITÉ

LES SOURDS-MUETS ET LA PAROLE

Par **E. DROUOT** (de Paris),
Professeur de sourds-muets.

Ne semble-t-il pas que ces paroles de l'Écriture : « Elles ont une bouche et ne parleront point ; des oreilles et n'entendront pas ; et leur gosier ne rendra point de sons », devaient éternellement s'appliquer aux infortunées victimes de la surdi-mutité tout aussi bien qu'aux idoles d'Israël. Pourtant il n'en est rien, puisqu'aujourd'hui les sourds-muets parlent comme les autres hommes. Ils ont recouvré cette précieuse faculté du jour où, dans leur enseignement, la méthode dite *orale* a été substituée à la vieille méthode des *signes* dont l'abbé de l'Épée fut le propagateur et le zélé défenseur.

Nous devons à la vérité de dire que tous n'arrivent pas à parler avec autant de facilité que l'entendant : leur articulation manque parfois de netteté ; souvent leur organe est rude, peu harmonieux et leur débit monotone. En outre le timbre nasillard de certains ne rappelle que trop à la mémoire ce vers de Victor Hugo dans Marion Delorme :

Et sa voix doit user son nez plus que sa bouche.

Cependant, malgré ces légers défauts qu'explique l'absence de l'organe régulateur de la parole, l'oreille, les résultats obtenus n'en constituent pas moins un immense progrès, en même temps qu'un véritable prodige de science et de patience surtout.

Il n'était donné qu'au Christ d'accomplir des miracles ; lui seul pouvait délier la langue des muets en leur mettant : « les doigts dans les oreilles et de la salive sur la langue » ; de nos jours la démutisation exige autrement de peine et de temps.

Une étude superficielle du *surdi-mutisme* fera comprendre comment il est possible de rendre la parole à ceux qui en sont privés. Il existe entre les deux infirmités qui le constituent un lien étroit. En effet, le mutisme est la conséquence forcée de la surdité toutes les fois que ce mal date de la vie intra-utérine ou survient dans les quatre ou cinq premières années de l'existence. Aussi, à de rares exceptions près, le sourd-muet ne parle

pas pour la seule raison qu'il n'a jamais ou point suffisamment entendu et non, comme certains le croient encore volontiers, parce que son organe vocal est mal conformé.

La parole n'est pas une faculté innée. L'homme l'acquiert par imitation, en s'essayant, dès le bas âge, à reproduire les sons qu'il entend proférer autour de lui. Du son, il passe à la syllabe, puis au mot, et n'arrive à la phrase qu'après un apprentissage fort long et très difficile pour d'aucuns. Cela est si vrai que l'enfant adopte, non seulement la langue de ses parents, mais leur accent particulier et jusqu'à leurs défauts de prononciation. Hérodote rapporte à ce sujet que Psammétik, roi de Saïs et de Memphis, désirant savoir si l'homme tirait de son propre fonds le langage articulé, confia un tout jeune enfant aux soins d'un pâtre afin qu'il l'élevât dans la plus complète solitude et l'isolement le plus absolu, sans lui parler jamais, de telle sorte que pas une seule fois il n'entendît la voix humaine. Le résultat fut tel qu'on peut le prévoir. Arrivé à un âge où, d'ordinaire, les enfants expriment leurs désirs à l'aide du langage acquis, le malheureux était muet. Cependant à l'exemple des brebis au milieu desquelles s'était écoulée son enfance, il poussait une sorte de bêlement quand son père nourricier lui apportait ses aliments. N'ayant jamais entendu parler, il était incapable de proférer le moindre mot.

Le sourd-muet, bien qu'entouré de parents et d'amis se trouve dans une situation analogue : il est isolé en quelque sorte ; on parle autour de lui, mais non pour lui. Et les mêmes causes devant produire infailliblement d'identiques effets, s'il est abandonné à ses seules forces, son infirmité l'empêche d'apprendre nos langues phonétiques. Comment pourrait-il produire volontairement tel ou tel son quand il ignore jusqu'à l'existence de cet ordre particulier de phénomènes. S'il y parvenait, ce serait d'une façon tout inconsciente.

Cependant, est-ce à dire qu'il est irrémédiablement condamné à ne jamais parler ? Non, l'organe vocal étant intact, la perte de l'ouïe n'entraîne pas l'impossibilité absolue de parler ; elle apporte seulement à l'acquisition de cette faculté de sérieux obstacles que l'on parvient à surmonter.

En réalité le jeune sourd-muet est comme une personne qui aurait à sa disposition un instrument de musique fort compliqué — une harpe par exemple —, et dont elle ne saurait tirer que des sons discordants, avec cette différence toutefois que le jour où il lui plaira d'étudier le jeu de la harpe, la dite personne sera puissamment aidée par un sens qui, chez le sourd-muet, fait entièrement défaut.

On le voit, le problème se ramène donc à savoir s'il est possible de rendre la parole au petit infirme sans le secours de l'ouïe. Bien que très difficile, à résoudre il n'est pas insoluble.

La parole se manifeste à nous, entendants, non seulement par des sons, mais encore par les positions successives que prennent les différentes parties de l'organe vocal — lèvres, langue, joues, mâchoires, — par les divers mouvements qu'elles exécutent et les vibrations qui, suivant le caractère des éléments phonétiques, sont plus particulièrement sensibles à la gorge, à la face, au crâne ou à la poitrine. De cet ensemble de faits qui constitue la parole, — le son étant mis à part —, l'œil du sourd voit la position des organes et leurs mouvements, et sa main placée à l'endroit convenable perçoit les vibrations.

Le sourd-muet se rend ainsi un compte très exact de ce qu'est la parole en tant que mouvement. Aidé par le maître, avec ces seules indications, il s'efforce de copier ce qu'il voit et réussit à reproduire fidèlement la série des phénomènes constatés sur l'organe d'autrui ; en un mot, il arrive à parler. Ce résultat est donc obtenu en substituant au sens de l'ouïe les sens du toucher et de la vue ; l'aveugle « voit » avec la main, le sourd, lui, « entend » à la fois avec la main et l'œil. Et ce mot « entend », si on le prend dans son sens figuré, dans le sens de comprendre, est parfaitement exact, car, avec la pratique, le sourd-muet parvient véritablement à reconnaître la parole à la seule inspection du jeu de l'organe vocal ; il lui suffit, pour saisir le discours, de fixer attentivement la bouche de son interlocuteur. Cette faculté surprenante qui peut rendre de signalés services aux personnes devenues sourdes à l'âge adulte a reçu le nom de *lecture sur les lèvres*. Certains sourds acquièrent un tel degré de perfection en ce genre de lecture qu'ils réussissent à cacher complètement leur infirmité aux yeux de personnes non prévenues.

Ce n'est pas dès le jour de son arrivée à l'école qu'on peut commencer à démutiser le petit infirme ; plusieurs mois s'écoulent avant qu'il soit possible de s'attaquer à cette entreprise malaisée.

Quand il est confié aux soins d'un maître, le jeune sourd-muet a généralement de 8 à 10 ans, et malgré cet âge, il n'est, au point de vue du développement intellectuel, guère plus avancé qu'un entendant de quatre à cinq ans, car, la plupart du temps, sa première éducation a été fort négligée, sans compter que la surdité doit produire infailliblement ce résultat. Avant de rien faire, il faut lui apprendre à obéir, à observer, à reproduire fidèlement les actions que le maître exécute en sa présence, en allant des moins aux plus compliquées ; il faut en un mot faire

l'éducation de sa volonté et des deux organes, l'œil et la main, qui jouent, nous l'avons dit, un rôle prépondérant dans l'enseignement de la parole.

Après avoir mis le sourd en état de reconnaître des phénomènes fort compliqués, et qui, pour nous, entendants, passent inaperçus, il est indispensable d'apprendre à l'infirme à commander d'une manière sûre aux différentes parties de son organe vocal et en particulier aux poumons qui, n'ayant servi jusqu'alors qu'au seul acte de la respiration, sont appelés à remplir un rôle essentiel dans l'étude du langage parlé.

Généralement, le petit sourd-muet possède la voix et pousse des cris inarticulés pour attirer l'attention des siens, témoigner sa joie ou son mécontentement; cependant, il peut se faire qu'il soit complètement aphone. Dans ce cas, le maître doit provoquer et fixer la voix, ce qui n'est pas toujours chose facile, car au lieu d'être naturelle, trop souvent elle est gutturale, nasale ou en fausset.

Cette période préparatoire terminée, on commence alors l'étude des sons pris isolément. Nous indiquerons pour quelques-uns la manière de procéder.

Pour que l'élève voie son visage à côté de celui du maître et que le modèle à imiter soit aussi rapproché que possible, la leçon a lieu devant une glace.

Le professeur articule alors très distinctement le son A par exemple, le sourd s'essaie à copier, sans donner de voix, les positions qu'occupent les organes dans l'émission de cette voyelle. Ces positions une fois prises et rectifiées au besoin, l'enfant, une main appliquée sur la gorge de son maître qui articule à nouveau le son A, perçoit les vibrations tandis que, son autre main posée sur son propre larynx, il parle à son tour et cherche à reproduire les mêmes phénomènes. De la sorte, il parvient à donner un son se rapprochant plus ou moins de l'A et que le maître, après correction finit par obtenir parfait.

S'agit-il d'enseigner I, on s'y prend de la même manière, toutefois, au lieu de faire sentir les vibrations à la gorge, le professeur les fait percevoir à la partie supérieure du crâne où elles sont particulièrement sensibles. Pour la consonne P, il suffit d'appeler l'attention de l'enfant sur le souffle qui s'échappe des lèvres et de montrer l'effet qu'il produit sur une feuille de papier, un flocon de duvet, une bougie allumée placés devant l'orifice buccal ou plus simplement sur la main.

Certaines consonnes, L et R entre autres, sont particulièrement difficiles à enseigner; leur étude exige des semaines entières et parfois même plusieurs mois d'efforts soutenus.

Quand le sourd prononce et lit sur les lèvres tous les sons, on les combine entre eux pour en former les syllabes qui, assemblées, donnent les mots: l'infirme est alors complètement démutisé. Cette première partie de son éducation prend d'ordinaire de douze à quinze mois.

Le sourd-muet parle, il sait jouer de son organe vocal, reste à lui enseigner sa langue qu'il ne connaît pas encore. A cette étude qui n'est pas la moins difficile, sont consacrées les sept dernières années de son séjour à l'école.

La méthode d'enseignement qui rend la parole aux sourds-muets — en usage chez nous depuis un quart de siècle seulement —, n'est pas nouvelle, comme on pourrait le croire. L'abbé de l'Épée lui-même, l'apôtre du langage des signes, la connut. Dans un de ses ouvrages il proclama sa supériorité, mais les maigres ressources dont il disposait et ses occupations nombreuses ne lui permirent pas d'utiliser un système d'éducation qui exige beaucoup de temps et un personnel nombreux. Cependant il l'employa avec quelques-uns de ses élèves.

On ignore qui découvrit le secret de rendre la parole aux muets. Est-ce Jean de Beverley, archevêque d'York qui, vers l'an 700, réussit à délier la langue d'un sourd-muet pauvre? L'histoire ne le dit point. Ce qu'elle nous apprend c'est que neuf siècles plus tard, deux Espagnols, Pierre Ponce et Paul Bonet, s'intéressèrent à cette question. Le premier publia même en 1620 le premier traité que l'on ait écrit sur la matière. Ponce et Bonet eurent des imitateurs en Angleterre, en Hollande et en Allemagne. Des tentatives fort intéressantes furent également faites en France par deux contemporains de Michel de l'Épée, Deschamps et Péreire, malheureusement les succès du vénérable abbé, la mode s'en mêlant, firent qu'on ne leur accorda pas toute l'attention qu'elles méritaient.

Mais aujourd'hui la méthode *orale* est presque universellement adoptée; l'Amérique et l'Asie elle-même, ont leurs écoles de sourds parlants.

VII. — RECHERCHES HISTORIQUES

ISAMBERT

Son rôle en pathologie pharyngo-laryngée, ses conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies.

Par C. CHAUVEAU.

Parmi les cliniciens éminents de l'école de Paris qui tournèrent un moment leur activité vers les maladies des voies aériennes supérieures, Isambert tient une place importante. Il prit même tant de goût à l'étude des affections pharyngo-laryngées qu'il devint vers la fin de sa carrière une sorte de spécialiste.

Cependant dans sa vie assez courte, car il mourut à quarante-neuf ans, sans avoir pu donner toute sa mesure, rien ne pouvait faire supposer au début le rôle qu'il devait jouer. Très doué au point de vue littéraire et artistique, ainsi que le prouve son itinéraire descriptif, historique et archéologique de l'Orient, il fit juste le contraire de ces évadés de la médecine qui, comme Sainte-Beuve, jouèrent un rôle parfois si brillant dans les lettres, les sciences ou même la politique. Ayant commencé assez tard ses études médicales, il se décida cependant pour la voie difficile des concours et fut nommé bientôt médecin des hôpitaux, puis agrégé de la Faculté. Chacun connaît ses beaux travaux sur la leucocythémie. Il s'était occupé aussi avec succès de la carnification des poumons, de la sclérose du cerveau, du sclérème des nouveau-nés. Tout ceci ne le rapprochait guère du domaine de notre spécialité. Cependant, en y regardant davantage, on peut se rendre compte qu'à plusieurs reprises, il y toucha d'assez près, même avant de faire ses célèbres conférences sur les maladies du larynx. Ainsi, il avait pris comme sujet de sa thèse de doctorat l'étude chimique, physiologique et clinique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphtériques. Le croup faisait alors de sérieux ravages à Paris ; et la mort du fils de Blache, jeune interne du plus grand avenir, de Valleix et de Gillette, médecins des hôpitaux très estimés, avaient causé dans le corps médical une sensation énorme. Isambert étudia avec passion le fléau qui venait de lui ravir des amis bien chers et consigna le résultat de ses observations dans un mémoire sur les affections diphtériques observées à l'hôpital des enfants en 1873, qui fut couronné par la Faculté.

Il met pleinement en relief les formes hypertoxique et toxique de l'angine diphtérique, montrant que celles-ci n'avaient pas été connues par Bretonneau et qu'elles étaient par contre identiques aux angines des grandes épidémies qui désolèrent l'Espagne et le nord de l'Italie au ^{xvii}^e siècle. Il y avait quelque mérite à faire cette constatation, à une époque où les maîtres se montraient encore hésitants, pas pour longtemps il est vrai ; car Trousseau convint de bonne heure que la diphtérie de 1852 ne ressemblait pas à celle qu'il avait observée autrefois en Touraine, et en 1855, Bretonneau lui-même se rallia aux idées nouvelles dans un article paru dans les *Archives générales de médecine*. Isambert rappelle que Bourgeois, Lespine, Rilliet et Barthez avaient entrevu la diphtérie maligne, sur laquelle néanmoins l'oubli s'était bientôt fait. Comme Gubler qui, vers la même époque, réintroduisait en quelque sorte l'angine gangreneuse dans la pathologie, Isambert déclare que le sphacèle, au cours de la diphtérie, n'était pas si exceptionnel qu'on l'avait soutenu. « Nous avons observé plusieurs fois de véritables escarres, de véritables pertes de substance au-dessous de la fausse membrane. » Insistant après Bretonneau, après Trousseau, après Blache sur l'importance de l'adénite, il montre que non seulement les ganglions sont plus tuméfiés que dans les angines simples, mais que leur nombre est bien plus considérable, puisque au lieu d'être cantonnés dans la région sous-maxillaire, on en trouve dans les régions carotidiennes et même parotidiennes. De là, un gonflement énorme des parties latérales du cou, qui dépasse de beaucoup l'angle de la mâchoire. Les lésions marcheraient rapidement vers la fonte purulente. Dans nombre de cas, il y aurait phlegmon diffus, état érysipéleux de la peau et gangrène de celle-ci. L'engorgement serait bilatéral ou unilatéral. Il indiquerait toujours une gravité très marquée de la pharyngite. La diphtérie maligne s'annoncerait aussi par un coryza très intense sur lequel Trousseau et Bretonneau attirèrent également l'attention vers la même époque. Il nous faut rappeler à ce sujet que Roche avait déjà signalé très expressément cette localisation du mal dans son article *Diphtérie*, du dictionnaire en quinze volumes. Isambert affirme qu'ici l'état général prime très manifestement l'état local et que les malades meurent sans suffocation. Il cite à ce propos l'exemple du fils de Blache, qui, sur le point de succomber, faisait signe que la maladie n'était pas dans le larynx et que la trachéotomie était inutile. Cette opération, exécutée néanmoins en désespoir de cause, n'apporta pas même un soulagement passager. La malignité des accidents observés ne se révélerait parfois qu'au bout de quelques jours ou au contraire

elle éclaterait d'emblée. Après quelques observateurs distingués, Isambert insiste sur l'influence des conditions topographiques. Certains quartiers, certaines maisons, tels qu'un orphelinat du faubourg Saint-Jacques, auraient été particulièrement désolés par l'épidémie et lui auraient fourni longtemps des victimes. Pour lui, le génie épidémique est évident bien qu'on ne puisse, dit-il, en expliquer encore les particularités. Cependant, il prête trop d'importance à la transmission par la voie aérienne; Bretonneau s'était déjà efforcé de diminuer le rôle qu'on lui faisait jouer en se fondant sur de fausses analogies. On sait actuellement que les objets de literie, les habits et les mains du personnel médical ou de l'entourage, sont les principaux coupables, ainsi que les individus soi-disant guéris, chez qui persiste cependant le bacille de Löffler. A propos de la contagion, l'auteur montre qu'elle est surtout bien accusée dans la diphtérie maligne, les autres formes ne se communiquant pas avec la même facilité. Ordinairement, dit-il, « les enfants admis à l'hôpital ne communiquent pas fréquemment à leurs voisins le mal dont ils sont atteints ». Pour lui, la marche constante vers les parties déclives n'existe pas. Ce serait là une grossière application des lois de la pesanteur, « qu'une foule d'observations dénie. »

Avant d'aborder les travaux qu'il fit à un âge plus mûr, à une époque où l'observation répétée des malades donne enfin à l'esprit clinique, ce don naturel, toute son ampleur et toute sa maturité, signalons encore des recherches intéressantes qu'il fit sur la classification des angines et auxquelles il fait allusion dans une leçon publiée en 1875. Après avoir montré combien étaient insuffisantes les divisions proposées jusqu'ici, il s'efforce de mettre au premier rang le facteur étiologique dont Trousseau, puis Gubler, avaient déjà du reste montré l'importance. « Sans doute, dit-il, cette base nous fait souvent défaut, sans doute les espèces qu'elle nous indique ne sont pas encore dégagées entièrement par des caractères différentiels suffisants, mais si l'idée fondamentale est vraie, pourquoi tarder de la proclamer, pourquoi ne pas tracer immédiatement des cadres rationnels où viendront successivement prendre place et se fixer les espèces naturelles que les progrès ultérieurs de la science nous feront connaître. » Il admet des angines simples, locales, se développant sous l'influence de causes banales et des angines secondaires à des états généraux. A côté viennent se ranger les processus non inflammatoires, néoplasiques ou nerveux, qui n'ont rien de commun bien entendu avec les affections gutturales phlegmasiques. Sous ce titre d'angines dentéropathiques, il

comprenait non seulement celles qui se montrent au cours des fièvres, mais encore celles qui semblent dépendre de vices de nutrition, appelés généralement diathèses.

Depuis longtemps l'école de Saint-Louis avait montré l'influence de celles-ci sur les dermatoses. Alibert, Rayet, Cazenave, Bazin, puis Lasègue et Guéneau de Mussy, soutenaient que les maladies du tégument interne présentaient des analogies évidentes avec celles du tégument externe. Isambert partageait entièrement cette façon de voir; c'est pourquoi il décrit des angines et des laryngites scrofuleuses, herpétiques, gouteuses. En un mot, il s'est efforcé de faire pour le larynx par exemple ce que Bazin avait réalisé pour la peau. Son principal mérite est de s'être efforcé, avec un succès contestable, il est vrai, de rattacher les maladies des premières voies à celles de l'organisme tout entier.

Nous prendrons comme point de départ non l'ordre chronologique des différents mémoires d'Isambert, mais le recueil de ses conférences cliniques sur les affections des voies aériennes supérieures, où ses idées se retrouvent pour ainsi dire à l'état définitif et avec toutes les additions qu'il avait cru devoir faire subir à ses premières communications. Les leçons que nous allons analyser avaient été faites soit à la Charité quand il remplaçait le professeur Bouillaud, soit à la Faculté même, dans son cours complémentaire d'agrégé, soit comme chef du service laryngoscopique du bureau central.

Ce qu'on peut leur reprocher, c'est souvent un manque regrettable de données historiques. Ainsi, dans la description si remarquable qu'il donne de l'angine tuberculeuse, il passe complètement sous silence Julliard qui, en 1865, avait tracé cependant dans sa thèse une description déjà très complète de l'affection à laquelle ne fait défaut pour ainsi dire qu'une chose: l'affirmation de la nature tuberculeuse des accidents morbides. A propos du laryngoscope, il ne connaît que Garcia, Czermak et Türk et semble ignorer Bozini, Babington, Liston, Baumés et Warren. Mais, par contre, avec quelle élégance de style, avec quel heureux choix d'expressions, nous allons dire de couleur, il dépeint l'aspect des maladies qu'il décrit. Il sait rendre les nuances les plus ténues, les détails les plus délicats du tableau morbide qu'il a à tracer devant ses auditeurs. Il parvient, tout en les charmant, à leur donner une idée vive et durable des différents processus dont il se fait l'historien et imprime ainsi à son œuvre un cachet véritablement artistique.

Sa première leçon est consacrée à la laryngoscopie et à la rhi-

noscopie postérieure. En débutant, il affirme l'étroite solidarité pathologique du nez, de l'oreille, du pharynx et du larynx. Mais au lieu d'insister sur les maladies déjà bien connues avant l'invention du miroir, il annonce qu'il parlera surtout de celles que l'emploi de cet instrument a révélées pour ainsi dire, principalement des affections chroniques du larynx, sur lesquelles le laryngoscope venait de jeter un jour tout nouveau. Il ne se dissimule pas les lacunes, les incertitudes qui régnaient encore sur ces divers points de la nosologie. « Cependant les connaissances que nous avons sur ce sujet sont loin d'être complètes ; la science est encore à faire ; chaque jour apporte une pierre nouvelle à la pathologie laryngée. Aussi, dans le cours des études que nous entreprenons, nous nous garderons de prendre le ton dogmatique et de poser des lois pathologiques absolues. » Malgré le succès éclatant du laryngoscope, en Allemagne, en Angleterre (Mackenzie) et en France, où Czermak était venu lui-même en vulgariser l'emploi, le nouveau mode d'exploration avait rencontré chez des praticiens illustres, mais vieillis dans les anciennes idées, une certaine opposition sourde qui irritait fort les novateurs. Comme le fait remarquer Isambert, « Il est un âge dans la vie où l'on n'aime pas retourner à l'école ; il est des positions scientifiques, où l'on n'aime pas à avouer son inexpérience ; le nombre de ceux qui se mettent franchement à étudier une méthode nouvelle est restreint ; il est plus commode de lui opposer de superbes dédains. Aussi la laryngoscopie rencontra-t-elle chez nous peu d'appui dans les sphères officielles et fut-elle abandonnée aux spécialistes de la ville. » Ceux qui avaient nom Fauvel, Krishaber, Mandl, Löwenberg, représentaient assez bien, il faut l'avouer, cette branche nouvelle de la médecine et luttèrent vaillamment contre une coalition où se trouvent nombre d'illustrations médicales. Cependant l'intérêt de la science allait tellement contre une pareille hostilité, que peu après les choses prirent une nouvelle tournure. « Cusco, un des premiers, encouragea cette étude d'abord à l'hôpital du Midi, puis ici même, à l'hôpital Lariboisière. Enfin nous-même en 1870, nous avons pu l'introduire dans les cliniques officielles de la Faculté, à la Charité et dans les cours complémentaires des agrégés. C'est cet enseignement que nous voulons continuer ici, car à la routine, on ne peut opposer que la persévérance. »

Isambert reconnaît qu'une certaine défaveur est venue de ce qu'on avait exagéré l'importance chirurgicale de la laryngoscopie. On fut frappé tout d'abord des résultats brillants qu'elle a donnés pour l'extraction des tumeurs et des polypes du larynx qui

réclamaient autrefois des interventions sanglantes. Le traitement des polypes devint une véritable spécialité. « Or, Messieurs, ces polypes n'existent que dans une proportion assez faible relativement aux autres maladies du larynx. A peine représentent-ils trois ou quatre pour cent des maladies observées. » Mais même quand le laryngoscope ne révélerait rien, il serait de la plus grande utilité, en prouvant que l'aphonie par exemple est soit hystérique, soit due à une maladie extra-laryngée du voisinage. Enfin, grâce au miroir, on pourrait reconnaître bien souvent l'existence d'une syphilis ancienne, qui n'a laissé autre part nulle trace suffisante, pour en affirmer l'existence antérieure. Seul aussi le laryngoscope serait capable de nous déceler les périodes relativement précoces du cancer laryngé. Enfin seul ce dernier, dit-il, permet de porter les topiques laryngés au point précis.

Isambert signale d'abord ce fait que les différents détails de l'image laryngée se projettent sur un même plan, quoique situés en réalité à des profondeurs très différentes ; sur le miroir elles paraissent concentriques et comme emboîtées les unes dans les autres, de telle sorte que leur niveau exact n'apparaît pas, mais ceci n'est pas un inconvénient notable, quand on possède convenablement l'anatomie de l'organe. D'autre part, l'image laryngée apparaît dans un plan vertical, de telle sorte qu'il importe d'analyser les détails de l'image et de s'habituer à son interprétation exacte, bien qu'il n'y ait pas, à proprement parler, retournement de l'image lorsqu'on emploie un miroir plan ; il n'y a pas d'autre changement que celui qui résulte de la position relative de l'observateur et du sujet, la partie droite du malade étant à gauche, etc. Cependant, quand il s'agit de faire une opération, le relèvement des parties antérieures de 90 degrés, constitue un trompe-l'œil auquel il ne faudrait pas se laisser prendre. D'autre part, pour les régions postérieures, il faut savoir enfoncer en bas et en arrière, en se laissant guider cette fois-ci par l'image. Après avoir énuméré les parties qui apparaissent successivement dans le miroir et signalé les difficultés que présente l'inspection des cordes vocales, il nie l'existence de la glotte interaryténoïdienne, sauf chez quelques individus à apophyse aryténoïdienne antérieure très développée. Il signale la disposition de la glotte à l'état de repos et pendant l'émission de la voix. Il aurait vu plusieurs fois la bifurcation de la trachée pendant un fort écartement des cordes vocales inférieures.

Pour la rhinoscopie, on se bornera, dit-il, à tourner la face réfléchissante du miroir en haut et en arrière du voile. Si on désire voir les orifices des trompes, on inclinera en outre le miroir

de 45 degrés, de telle sorte qu'il touche le pilier postérieur du côté opposé. Pour éviter de faire tourner le miroir entre les doigts, ce qui produit des spasmes, il recommande aux débutants les miroirs carrés plus faciles à manier que les ronds. Toutes les difficultés de la laryngoscopie et de la rhinoscopie sont soigneusement passées en revue, ainsi que les moyens propres à les éviter. Nous n'insistons pas, ce côté de sa description n'a de personnel que sa clarté et sa précision, les Allemands ayant peu laissé à faire sur ce sujet. D'ailleurs Löwenberg, Krishaber, Fauvel et Mandl avaient suffisamment vulgarisé sur ce point les recherches de Czermack, Turk, Semeleder et Voltolini. Il reproche au laryngoscope de Fauvel d'avoir une lentille trop petite. Il en serait de même pour l'instrument de Moura; celui de Krishaber présenterait sur les modèles antérieurs des avantages très sérieux. Mais le laryngoscope à double collier de Galante, construit sur les indications d'Isambert, serait également très commode.

(A suivre.)

VIII. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — SANGSUE DANS LE NASO-PHARYNX,

Par **Vincenzo MAUGERI** (de Catane),

Médecin assistant à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Victor-Emmanuel de Catane, dirigée par le Prof. GUARNACCIA.

On a décrit de très nombreux cas de sangsues engagées dans les voies respiratoires supérieures, surtout dans la bouche et le larynx : les divers auteurs ont noté avec soin, à l'occasion de ces cas, tous les détails, en particulier au point de vue clinique.

Il semble que chez nous, en Sicile, ces accidents arrivent très fréquemment, surtout chez les paysans, à cause de la mauvaise habitude qu'ils ont prise de ne pas employer pour boire, de récipients transparents et même de ne pas en employer du tout et de se désaltérer directement à la source.

Cependant, je n'ai pu trouver dans la littérature que trois cas dans lesquels la sangsue se soit implantée dans le cavum nasopharyngien : l'un deux est celui de Citelli ¹ en 1901, les deux autres furent observés l'année suivante par D'AGUANNO ². Malgré le soin scrupuleux avec lequel j'ai fait mes recherches, je n'ai pu en trouver d'autres.

Le cas de sangsue dans le rhino-pharynx que je vais rapporter s'étant présenté à notre clinique, j'ai cru bon d'en faire le sujet de la présente note, car il est l'un des premiers existant dans la littérature.

Je suis amené à publier le cas en question surtout parce que par les symptômes qu'il présentait, il pouvait très bien donner l'occasion d'une interprétation diagnostique très différentes.

Voici l'histoire clinique :

N. C. paysan, âgé de 34 ans, de Carlentini. Rien d'important dans les antécédents héréditaires. Le malade n'a jamais eu aucune maladie, en dehors de quelques infections vénériennes dont il a toujours très bien guéri. Il déclare que, depuis huit jours, il est atteint

1. CITELLI. Sanguisughe nella tracheae nel rino-faringe. Estrazione pelle vie naturali. *Archivio italiano d'otologia, rinologia e laringologia*, vol. XII, fasc. 4, 1902.

2. D'AGUANNO. A proposito di sanguisughe in gola. *Bollettino delle malattie dell'orecchio della gola e del naso*, del Prof. Grazzi. anno XX, n° 10, 1902.

d'épistaxis plus ou moins abondantes, mais par intervalles seulement. L'hémorragie se produit cinq à six fois par jour.

Les médecins de son pays lui ont pratiqué les tamponnements habituels au perchlorure de fer ; quand les tampons étaient enlevés, l'hémorragie ne cessait pas et même était parfois plus considérable.

Il se plaignait en outre de troubles de déglutition et d'une légère gêne respiratoire.

Pendant les intervalles entre les hémorragies, il ne s'aperçut jamais que les liquides introduits par la bouche ressortissent par le nez.

EXAMEN OBJECTIF. La rhinoscopie antérieure ne nous montra rien qui retint particulièrement l'attention, seulement une masse sombre dans chacune des fosses nasales, et qu'on reconnaissait facilement être un caillot.

Comme nous n'avions pas trouvé de point ecchymotique dans aucune des fosses nasales et à cause du fait raconté par le malade que, pendant l'hémorragie, le sang venait aussi bien d'un côté que de l'autre ainsi que de la bouche, nous fîmes l'examen de toute la cavité pharyngienne (portion bucco-pharyngienne et portion naso-pharyngienne).

Dans la région bucco-pharyngienne, on notait quelques petites veines variqueuses et des stries sanguines ; plus en haut quelques petits vaisseaux béants.

La rhinoscopie postérieure pratiquée par la partie naso-pharyngienne, nous présenta par contre, quelque chose d'intéressant ; c'était un petit corps noirâtre, fixé à la muqueuse qui revêt le bord postérieur de la cloison nasale (bord libre du vomer) faisant donc face à la paroi postérieure du naso-pharynx ; nous vîmes tout de suite que ce corps était doué de mouvements ; ceci nous fit soupçonner qu'il s'agissait d'un parasite fixé justement entre les deux choanes.

Nous pûmes saisir le corps étranger avec la pince de LÖWENBERG et l'enlever complètement. C'était, comme dans le cas de CITELLI, une sangsue, connue en parasitologie, sous le nom d'*Hæmopsis vorax*, famille des Gnathobéllidés.

Le malade n'eut plus d'hémorragies et guérit complètement en une couple de jours, grâce à des lavages et des nettoyages antiseptiques.

Je tiendrais, cependant, à faire ressortir de tout ce que nous avons exposé, un fait très important à savoir : que souvent la rhinoscopie postérieure rend des services considérables pour le diagnostic d'affections de cette nature, car, sans son secours, on interpréterait de façon bien différente, au grand détriment des malades, des épistaxis résistant à tous les moyens d'hémostase.

Évidemment, dans ces cas, quand on s'est convaincu de la présence du parasite, l'ablation de ce dernier suffit pour empêcher de nouvelles pertes de sang, sans qu'on ait besoin d'avoir recours au tamponnement ou aux autres procédés d'hémostase.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

II. — CORNET ETHMOÏDAL SURNUMÉRAIRES ; NÉVRALGIE FACIALE,

Par **HEYNINX** (de Bruxelles).

Un homme de 38 ans avait depuis deux ans, à la suite d'un coryza aigu, des névralgies péri-orbitaires gauches. A la rhinoscopie antérieure gauche, on constatait, dans le méat moyen, la présence d'un cornet surnuméraire formant pont au-dessus de la gouttière ethmoïdale antérieure.

Voici l'aspect schématique de ce cornet : il est de forme triangulaire et comprend deux bords, une base, un sommet et deux faces ; un bord postérieur se confondant avec la bulle ethmoïdale ; un bord antérieur se soudant dans l'angle dièdre formé par le bord antérieur du cornet moyen et la paroi latérale de la fosse nasale ; une base en bord libre ; un sommet contribuant à former l'orifice inférieur du canal sinuso-frontal ; une face externe ou concave formant avec la gouttière ethmoïdale antérieure un *méat surnuméraire* ; une face interne ou convexe en regard avec la face concave ou externe du cornet moyen.

L'hypertrophie inflammatoire produisit la compression névralgique d'autant plus facilement que le squelette osseux était défectueux. L'extirpation du cornet surnuméraire supprima les crises de névralgie.

Cette anomalie anatomique ne manque pas d'intérêt embryologique : c'est un stade moins avancé de développement de la gouttière ethmoïdale antérieure dont les bords, surplombant normalement le sillon, sont formés par l'échancrure du bord libre d'un cornet ethmoïdal surnuméraire primitif.

III. — POLYPE TRACHÉAL MYXO-SARCOMATEUX ; COUPE MICROSCOPIQUE,

Par **HEYNINX** (de Bruxelles).

Un homme de 41 ans consulta en octobre 1904 pour une gêne et sensation de boule dans la gorge, apparue depuis six mois. Pas d'autre symptôme subjectif. Au laryngoscope, on voyait sous les cordes vocales un polype de forme sphérique et large d'un centimètre, inséré tangentiellement à sa surface, sur la paroi latérale droite de la cavité laryngo-trachéale ; en repérant les distances avec un stylet *ad hoc*, on constatait que la tumeur était à 23 millimètres sous la corde vocale droite et qu'elle était mobile sur la paroi ; la surface était lisse et de coloration rouge vif.

Grâce à la mobilité de la tumeur, nous pouvions éliminer l'hypothèse de chondrome et décider l'extraction par les voies naturelles, au moyen de l'anse froide. Cette anse fut construite spécialement pour obtenir le maximum de longueur compatible avec sa possibilité d'introduction jusqu'à la trachée.

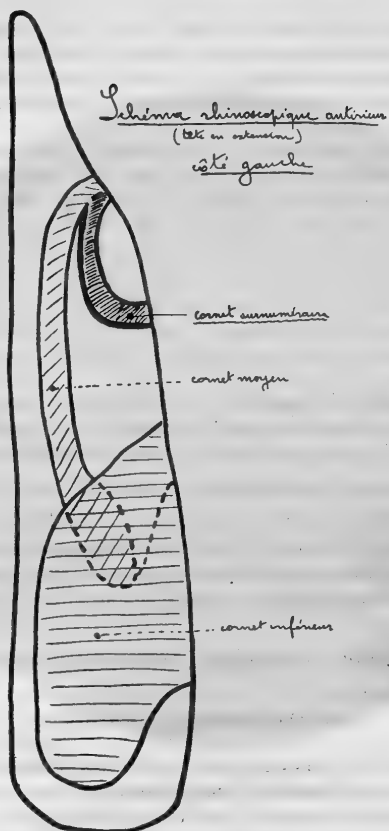
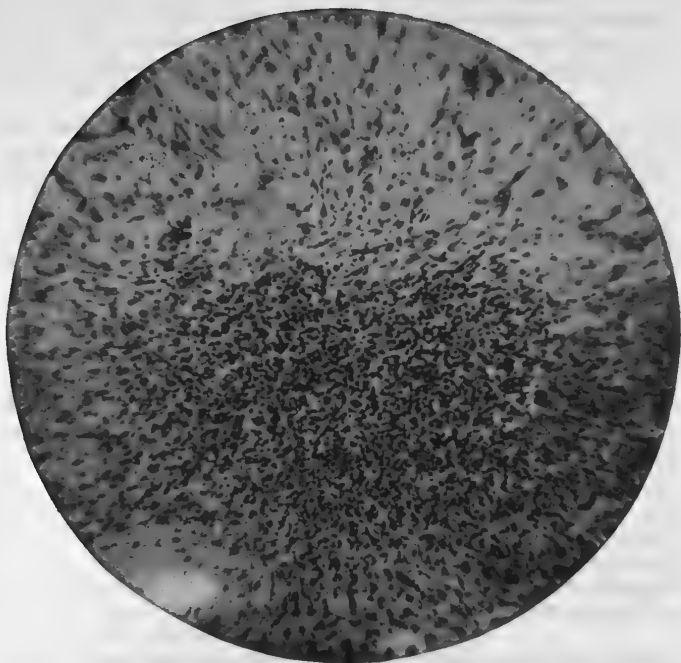


Schéma rhinoscopique du cornet surnuméraire ethmoïdal.





Myxo-sarcome trachéal.

Conformément à l'analyse histologique faite par M. le prof. Vandervelde, la tumeur est un polype myxo-sarcomateux constitué par plusieurs sortes d'éléments : a) un stroma de tissu conjonctif fibrillaire ; b) dans les mailles formées par ce stroma, des cellules de tissu conjonctif muqueux ; c) dans de nombreuses travées conjonctives, un grand nombre de fibroblastes ; d) à la surface de la tumeur, on voit que le tissu est infiltré de nombreux éléments inflammatoires, cellules embryonnaires, leucocytes mono et polynucléés ; e) au niveau de la surface d'insertion, on voit des faisceaux de tissu conjonctif s'étaler en gerbe dans la masse de la tumeur.

Bien que cette analyse démontre la malignité de la tumeur, il n'y a pas encore de récurrence depuis les dix mois que l'extraction eut lieu.

IV. — RÉGRESSION RAPIDE DE VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES A LA SUITE DE LA ROUGEOLE,

Par C. CHAUVEAU

Enfant, 10 ans : le père et la mère sont bien portants. Né à terme, mais élevé au sein seulement pendant six semaines. Pendant deux ans ensuite, il a pris le biberon, chez une nourrice mercenaire et éloignée de la famille. Au cours de son allaitement, il a présenté, dit la mère, deux abcès, l'un à la main droite, l'autre à la main gauche. Actuellement on constate en effet deux cicatrices, semblables aux cicatrices d'abcès froids. Celles de la main droite est située sur le dos entre le quatrième et le cinquième métacarpiens ; elle est de forme étoilée. Celle de la main gauche est située sur la paume, au niveau de la quatrième phalange, perpendiculairement au pli de flexion de ce doigt sur la main. En nul autre endroit du corps, il n'y a de cicatrices semblables.

A partir de sa deuxième année, cet enfant est pris, tous les hivers, de bronchites très tenaces. De plus, à l'âge de 6 ans, coqueluche rebelle. A 7 ans, fièvre catarrhale, qui, au dire de la mère, aurait été une rougeole ?

Il présente, en outre d'une grande maigreur, un thorax très étroit, de nombreux petits ganglions durs et des lésions bacillaires à droite (submatité et respiration soufflante et un peu rude), quand on nous l'amène le 29 juin 1905.

A l'examen naso-pharyngien, nous constatons la présence de végétations adénoïdes moyennes que nous conseillons d'enlever. Le jour est pris pour l'intervention.

Quatre jours après, l'enfant est atteint de rougeole compliquée d'une broncho-pneumonie droite fort grave, qui ne se guérit définitivement qu'après un séjour à la campagne jusqu'au milieu d'octobre.

Le 26 octobre 1905, on nous ramène l'enfant. Il tousse depuis plusieurs jours, crache et mouche abondamment. Il a même des

quintes coqueluchoïdes, suivies de vomituritions et compliquées de diarrhée.

Au point de vue de l'état général, nous constatons les mêmes symptômes qu'au mois de juin; nous notons toutefois que l'enfant s'est développé d'une façon assez notable. Nous trouvons toujours de la submatité, un souffle rude à droite, une pléiade de petits ganglions sous-maxillaires, cervicaux, etc. Mais nous constatons aussi que les végétations adénoïdes ont pour ainsi dire disparu du cavum. A peine perçoit-on à leur siège habituel un empatement dur, qui ne saurait motiver une intervention. Les muqueuses du nez, du naso-pharynx et du larynx sont légèrement congestionnées.

Nous avons déjà rapporté (*France médicale*, 1^{er} sept. 1899), trois faits de régression rapide des végétations adénoïdes sous l'influence de la grippe. L'observation actuelle a trait à la rougeole. Dans aucun de ces cas, on ne pouvait songer, lors du premier examen, à une adénoïdite.

On sait que l'influence de cette fièvre éruptive est très puissante sur les tissus lymphoïdes de l'organisme. Il n'est pas conséquemment étonnant qu'elle ait pu produire, par une réaction inflammatoire intense au niveau de l'amygdale pharyngée, une sorte de nécrobiose interstitielle avec résorption consécutive, processus bien connus des anatomopathologistes.

Il existe quelques faits de ce genre dans la littérature médicale, mais peu nombreux. De là, l'intérêt de l'histoire de notre petit malade.

1. Bryson-Delavan, Hooper, Coromina, etc.

IX. — VARIÉTÉ

OUVERTURE DU COURS DU PROFESSEUR BURGER

IMPORTANCE DE
L'ÉTUDE DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
POUR LE
MÉDECIN PRATICIEN

Le 2 octobre dernier, le docteur Burger, prenant possession de la chaire de professeur extraordinaire à l'Université d'Amsterdam, a prononcé un remarquable discours d'ouverture dont notre compte rendu, forcément abrégé, ne peut malheureusement que reproduire les points principaux.

Il rend tout d'abord hommage au professeur Guye que la mort a empêché de voir se réaliser le profond désir de son existence : la reconnaissance officielle et académique de l'otologie. A l'heure actuelle, il n'y a plus de défiance ou plutôt de manque de confiance à l'égard de l'otologie pratique ; le public l'apprécie à sa valeur et Burger répète la malicieuse parole de Barth : les médecins, les professeurs eux-mêmes, sceptiques et moqueurs, se hâtent cependant de courir chez le spécialiste dès que leur oreille ou celle d'un membre de leur famille est en jeu.

C'est grâce aux efforts de Guye que le gouvernement hollandais fit faire une enquête sur la fréquence des végétations adénoïdes chez les écoliers. Ceci indique que l'indifférence en matière oto-rhino-laryngologique cesse peu à peu d'exister. Quel serait l'effroi du public s'il savait que le médecin qui a le droit d'exercer la médecine générale ignore une des branches les plus importantes de la pathologie et de la thérapeutique ?

On exige du jeune médecin pas mal de connaissances ophtalmologiques et on a l'air d'ignorer que l'oreille est aussi importante que l'œil, nous dirons même, plus importante au point de vue intellectuel. Le sourd vit dans un isolement mental, funeste à sa vie psychique.

Les maladies de l'oreille sont les plus fréquentes et les plus graves. L'orateur passe en revue les diverses affections qui privent l'homme de l'ouïe et parfois de la parole, quand elles l'atteignent dans l'enfance (maladie de Ménière, otorrhée, méningite cérébro-spinale épidémique, scarlatine, syphilis tertiaire, hérédosyphi-

lis). Il montre les diverses infections craniennes d'origine otique (abcès extra-dural, abcès cérébral, infection des sinus, méningite), toutes affections, sauf la dernière, à point de départ otogène, et qu'un traitement précoce et expérimenté aurait permis d'éviter.

Passant ensuite à la dureté d'ouïe chez l'enfant, Burger démontre qu'un traitement approprié préviendrait bien des cas de surdité chez les patients arrivés à l'âge adulte. Les végétations adénoïdes sont là encore coupables de nombreuses affections de l'oreille moyenne. L'orateur rappelle que son maître, le professeur Guye, voyait dans les fréquentes complications auriculaires des fièvres exanthématiques aiguës et, dans le peu de tendance de ces complications à guérir spontanément, un argument puissant pour l'étude obligatoire de l'otologie pour tous les médecins.

La rhinologie moderne est inséparablement unie à l'otologie; le groupe morbide des otites moyennes est lié étroitement aux affections nasales et rhino-pharyngiennes. Sans connaissance parfaite de la technique rhinologique, on n'est pas un otologiste complet.

L'orateur examine ensuite le rôle que le nez joue au point de vue de l'olfaction et de la parole; il effleure les réflexes pathologiques du nez qui sont loin d'être admis sans discussion dans la nosographie, mais qui méritent d'être l'objet d'études. Le nez est, en outre, le premier segment des voies aériennes supérieures; son fonctionnement incomplet, à ce titre, rend compte des crises de stridor laryngé et des crises d'étouffement. Un praticien est inexcusable d'ignorer tout cela.

Burger fait ensuite l'éloge de la chirurgie nasale qui, aidée par une anesthésie complète et instantanée, donne des résultats brillants. Or, l'ignorance semble régner sur ce point parmi les praticiens hollandais.

Il en est malheureusement de même pour la laryngologie. Et pourtant quelle n'est pas son importance! Le miroir laryngien devrait être entre les mains de tout médecin. Comment, en effet, diagnostiquer la paralysie du récurrent, symptôme capital de nombreuses affections bulbaires et thoraciques, sans l'aide du miroir, bien que l'enrouement permette de la reconnaître? Mais sir Felix Semon n'a-t-il pas avancé que, dans les affections progressives du récurrent, on trouve toujours les cordes en abduction, alors que leur paralysie ne se manifeste pas par des troubles vocaux? Les recherches modernes, celles surtout de Broeckaert, que Burger appelle un frère du Midi, ont porté des coups assez sérieux à la loi de Semon.

L'orateur examine les études expérimentales faites récemment sur l'excitabilité du récurrent. La loi de Semon reste cependant pour la pratique un guide assez fidèle ; grâce à elle, aidés du miroir, nous pourrions diagnostiquer avec certitude une aphonie fonctionnelle d'un trouble organique toujours grave du récurrent.

Quels services ne nous rend pas le même instrument dans la découverte d'une tuberculose pulmonaire souvent ignorée ? N'est-il pas utile aussi dans les ulcérations typhiques du larynx, dans les rétrécissements de la trachée (paralyse des crico-aryténoïdiens postérieurs dans le goitre) ? Son rôle aussi est immense dans le diagnostic précoce des tumeurs malignes et dans le traitement de la tuberculose laryngée.

L'orateur apporte les arguments d'autres auteurs et les siens propres pour faire reconnaître la nécessité de combler les lacunes dans l'éducation des futurs médecins. Mais, on ne les chargera pas pour cela d'un encombrant fardeau, car le mot de Barth est vrai et profond : ce sera leur faire adapter des lois connues, surtout celles de pathologie générale et de thérapeutique, à des parties déterminées de l'organisme. La compréhension générale et les diverses branches de la médecine y gagneront.

S'adressant ensuite au bourgmestre et aux conseillers municipaux, Burger réclame la création d'un service clinique d'oto-rhino-laryngologie.

Il rappelle d'une manière émue le souvenir de ses maîtres, Guye, Nijkamp, van Haren Noman, auxquels il conservera toujours une place à part dans son cœur et dans sa mémoire.

Il fait l'éloge de son ami Zwaardemaker et lui demande de demeurer tel qu'il est : physiologiste s'occupant par prédilection des organes des sens, et chef scientifique incontesté de l'oto-rhino-laryngologie néerlandaise.

Burger termine son discours en souhaitant que ses leçons et ses exercices trouvent une place dans le programme facultatif des étudiants et qu'un médecin ne quitte plus l'Université sans être suffisamment instruit dans les sciences spéciales. Ce sera pour le maître qui les enseigne la meilleure des récompenses.

(Traduction par MENIER, de Figeac).

X. — DICTION

LES CONSONNES LEUR RÔLE DANS LA FORMATION DE LA VOIX PARLÉE ET CHANTÉE. LEUR INFLUENCE SUR L'ÉMISSION VOCALE (Suite.)

Par **J. BELEN**, professeur de chant.

LA VIBRANTE SONORE R
comme dans *rare*, *péril*, etc.

De toutes les consonnes, la vibrante sonore R présente la plus grande diversité de formes d'articulation. Les uns l'articulent avec une telle vigueur qu'en les entendant on songe au bruit que produisent des galets roulés sur une plage par une mer furieuse ; d'autres l'articulent avec plus de mollesse, alors que d'autres omettent totalement de l'articuler, continuant de la sorte le parler ridicule, mis à la mode jadis, par les « Incroyables ».

Selon les langues ¹, et même simplement selon certaines contrées d'un même pays de même langue, les gens « vibrent » ou « grasseyent » plus ou moins. C'est ainsi que Méridionaux et Bourguignons vibrent à l'excès, tandis que dans le Nord, le grasseyement est très accentué.

Cependant il faut constater que l'articulation qu'on pratique le plus est celle qui consiste à faire vibrer *le voile du palais et la luette* contre la partie postérieure correspondante de la langue ; cette articulation constitue le grasseyement.

Le grasseyement comporte plusieurs degrés d'intensité, allant d'un bruit analogue à celui que produirait une personne faisant des efforts désespérés pour se débarrasser d'une arête de poisson engagée dans l'arrière-bouche, jusqu'à l'omission complète de toute articulation.

Ces deux formes extrêmes sont ridicules, mais je pense que la deuxième l'emporte de beaucoup sur la première, et on peut se figurer le succès qu'obtiendrait, par exemple, l'air du *Caïd*, de A. Thomas, articulé de la manière suivante :

Le tambour majo
Tout galonné d'o
A patout la pomme
C'est un superbe homme
Empli de valeu
De cœu et d'honneu.

1. La prononciation défectueuse des Anglais de la consonne R, par le Dr John B. Hellier.

Grâce à la mièvrerie précieuse et mourante affectée par certains artistes, cette absence d'articulation se propage énormément. On la constate même à la Comédie-Française, où, plus que partout ailleurs cependant, on devrait avoir le souci de « bien articuler ».

Ceux qui se destinent à faire usage de la parole en public doivent, de toute nécessité, se corriger du grasseyement. Car, même lorsqu'il ne se manifeste que faiblement, il rend le langage mou, sans énergie ; le mot ne porte pas ou porte mal ; alors que, s'il se manifeste avec violence, l'effet inquiétant décrit plus haut, se produit volontiers.

L'articulation produite au moyen de la vibration de la partie médiane de la langue, légèrement soulevée en forme de cône contre la voûte palatine et appuyée contre elle, ne donne que des vibrations molles, par conséquent peu faites pour prêter de l'énergie au langage. Du reste, elle ne se différencie que très peu de certaines formes de grasseyement.

Une forme d'articulation plus rare est celle qui consiste à faire passer la colonne d'air par les bords latéraux de la langue et les molaires, alors que la langue, dans son ensemble, est fortement appliquée contre le palais ; j'appellerai cette forme « articulation latérale ». Pourtant je ne veux la considérer que comme accidentelle et entachée de blésment, quoique certains semblent penser le contraire.

Certains autres encore prétendent qu'il existe une forme d'articulation laryngienne, ce qui est vraiment aller trop loin. Ceux qui avancent cette erreur oublient que la conformation du larynx ne lui permet pas l'articulation des consonnes, et qu'il n'a pour mission que d'émettre des sons qui deviendront des voyelles différentes en passant par la bouche, selon les positions différentes qu'occuperont la langue et les lèvres ; ou contribueront dans une certaine mesure à former les consonnes sonores, non dans leur partie essentielle, c'est-à-dire l'articulation, mais dans leur partie plus ou moins énergiquement coopérante, c'est-à-dire la sonorité.

Voyons maintenant ce que doit être l'articulation nette, précise et sonore de la consonne R, telle que la produisent ceux qui, d'instinct, par éducation ou par étude, « vibrent » bien, selon la formule et les règles établies, et que l'on doit enseigner à ceux qui auront à faire usage de la parole en public : avocats, orateurs, prédicateurs et artistes.

Cette articulation, je l'appellerai : palato-linguale antérieure.

Elle s'obtient au moyen de battements très rapides de la pointe

de la langue contre la voûte palatine, un peu en arrière de la naissance des incisives de la mâchoire supérieure, pour la production desquels on a préconisé une foule de moyens plus ou moins heureux. Ces battements, rapides autant que caractéristiques, particuliers à la formation de cette seule consonne, produisent un bruit que l'on nomme « vibration ».

Aucun des moyens préconisés ne me semble présenter les qualités absolues, logiques et indispensables, requises pour arriver à un bon résultat, surtout si l'on doit travailler sans l'aide d'une personne vibrant bien.

On conseille principalement de s'exercer à acquérir l'agilité requise en employant certains groupes de syllabes, différents selon les préférences et l'idée particulière de chaque maître, mais qui tous présentent les mêmes défauts généraux.

Les principaux de ces groupes de syllabes sont :

Te de, Te de, Te de, etc.

De de, De de, De de, etc.

De le, De le, De le, etc.

Fe de, Fe de, Fe de, etc.

Te de le, Te de le, Te de le, etc.

L'élève commence par prononcer lentement un de ces groupes de syllabes, sans limiter le nombre de répétitions. Il dit, par exemple, et selon la longueur de sa respiration, de cinq à dix fois de suite : « te de » ; puis, petit à petit, il augmente la vitesse de prononciation jusqu'à ce qu'il arrive à la vitesse correspondant à la vibration parfaite, mais..... il n'y arrive jamais par ce moyen — du moins directement.

Néanmoins, un hasard heureux ou un accident favorable, se produisant au cours de ses exercices, peuvent lui faire découvrir indirectement ce qu'il cherche.

Une de mes élèves de chant, ex-élève de comédie au Conservatoire, qui avait appris à vibrer selon la formule De le, De le, etc., m'amusait énormément en chantant :

Pedelintemps qui commence

Podeletant l'espédélance. !

pour

Printemps qui commence

Portant l'espérance.....

c'était d'un comique irrésistible.

Nous allons démontrer aussi clairement que possible pourquoi ces moyens sont mauvais, et même pourquoi ils vont à l'encontre du but proposé.

Voyons d'abord quel est ce but.

Nous voulons « articuler » la consonne « R » d'une façon sonore, telle qu'on l'articule à haute voix, c'est-à-dire avec l'intervention du larynx et selon les règles établies qui la caractérisent et la font nommer « vibrante ».

Pour cela il faut que la bouche s'entr'ouvre légèrement ; que la langue se soulève et se recule un peu en arrière des incisives de la mâchoire supérieure et que sa pointe puisse facilement entrer en contact avec la voûte palatine, environ à un centimètre au-dessus de la naissance des incisives.

Il faut que la colonne d'air en sortant des poumons, fasse vibrer librement le larynx pour produire la sonorité vocale requise.

Il faut que la colonne d'air, en passant entre le palais et la langue, imprime à celle-ci un mouvement de va-et-vient de bas en haut, et de haut en bas, vivement et souvent répété. Dans ce mouvement de va-et-vient la pointe de la langue viendra chaque fois frapper la voûte palatine au même endroit indiqué plus haut. *Mais elle ne frappera jamais le plancher de la bouche, si ce n'est au moment précis où la vibration de la consonne cessant, la détente sur une voyelle obligera la langue à reprendre sa position normale.*

Ce mouvement de va-et-vient correspondra sensiblement, comme effet et comme exécution mécanique, au mouvement du marteau d'une sonnerie électrique, frappant à coups redoublés le timbre, et produisant un bruit correspondant directement à la consonne R.

De même encore, le mouvement subi passivement par la langue sous l'action de la colonne d'air, ressemblera au mouvement de va-et-vient qu'imprimerait à la main inerte et passive d'une personne, l'impulsion donnée par une autre personne dans le jeu de « main morte ».

On peut également produire la consonne R à voix basse ou à voix chuchotée, mais alors il va de soi qu'il ne faut pas faire vibrer le larynx ; dans ce cas, les mouvements particuliers de la langue ainsi que l'effet de vibration seront exactement les mêmes que dans l'articulation sonore, mais la sonorité fera défaut.

(A suivre).

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 novembre 1905.

Président : FURET. — Compte rendu par A.-R. SALAMO

En ouvrant la séance, M. Furet prononce une allocution émue, pour déplorer, au nom de la Société et en son nom personnel, la mort récente de Ménière : il dit, en quelques mots, les qualités bien connues du défunt et il envoie à sa veuve les hommages respectueux et les condoléances sincères de la Société.

Procédé d'examen du cavum naso-pharyngien et du larynx chez les sujets hyperesthésiques, par FOURNIÉ. — On sait la difficulté que l'on éprouve quelquefois à examiner le larynx et le cavum chez certains sujets; soit par susceptibilité, soit par intoxication éthylique ou nicotinique, dès que l'on touche le voile de ces sujets, on produit un réflexe nauséeux. Pour vaincre ce réflexe, on a essayé des procédés nombreux et divers, mais souvent en vain, car, dans beaucoup de cas, on est obligé de renvoyer le malade et de le remettre à un examen ultérieur. Le moyen le plus employé est la cocaïne qui, malgré qu'on l'utilise en solution à 1 pour 5, ne réussit pas toujours. L'auteur indique comment, d'après lui, cette anesthésie peut être obtenue facilement. Il faut badigeonner, non pas le voile et la paroi postérieure du larynx, mais bien la base de la langue et les fossettes glosso-épiglottiques, qui sont le siège du réflexe nauséeux. Après un bon badigeonnage, en se servant d'une solution au dixième, l'anesthésie est obtenue d'une manière parfaite et l'on peut pratiquer, comme on le veut, l'exploration méthodique du cavum et du larynx. C'est un procédé que l'auteur recommande d'utiliser, car il donne d'excellents résultats.

VIOLLET a eu l'occasion d'employer ce moyen et il en a constaté les bons effets : il a même été frappé de la facilité avec laquelle on peut ensuite examiner un malade.

Recherches anatomiques et histologiques sur la surdi-mutité, par A. CASTEX. — L'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie et de

faire pratiquer l'examen histologique des cerveaux de trois sourds-muets. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune sourde-muette de 4 ans, devenue ainsi à la suite d'une méningite, suivie de microcéphalie et de crises épileptiformes. Les oreilles elles-mêmes ne présentent aucune altération, mais les pôles temporaux sont très altérés. Le deuxième cas concerne un petit garçon ; à 2 ans et demi, il avait eu une fièvre typhoïde, qui l'avait rendu sourd-muet. A l'autopsie, on a constaté l'hydropisie des trois ventricules et de la méningite ; de plus, il y avait une dégénérescence très nette du nerf auditif et de l'atrophie des stries acoustiques. Le troisième sourd-muet était un garçon de 10 ans, devenu ainsi sans cause appréciable et mort d'une phtisie caséeuse : à l'autopsie, on a trouvé de l'atrophie des stries acoustiques et des cellules de l'organe de Corti.

Il semble donc à l'auteur que l'on puisse définir ainsi la pathogénie de la surdi-mutité. Une méningite passe, laisse tout intact ou à peu près, mais lèse l'audition. En effet, dans tous ces cas, on trouve une méningite ancienne, guérie sans doute, mais ayant laissé après elle une atrophie tantôt des protoneurones périphériques (2^e et 3^e cas), tantôt du neurone terminal (1^{er} cas). Et, dans ces conditions, on peut se demander, d'après M. Castex, si, dans les cas de surdi-mutité congénitale, il n'y aurait pas eu, par un mécanisme quelconque qui nous échappe, quelque méningite, cause du mal.

L'auteur fait ensuite passer sous les yeux des membres de la Société une série de photographies et des coupes de cerveaux, concernant ces trois sujets, faites par le Dr Marchand, de Blois, élève du Pr Cornil et spécialement compétent dans ces questions de pathologie cérébrale.

SAINT-HILAIRE remarque que, dans sa communication, Castex n'a point parlé des lésions de l'oreille interne, où beaucoup de spécialistes mettent le point de départ de la surdi-mutité et qui, dans certains cas, a été trouvée complètement transformée en tissu osseux.

CASTEX n'a trouvé, dans ses autopsies, que des lésions des stries acoustiques, des cellules de Corti et de la branche cochléaire.

VIOLLET trouve que, parmi tous les cas de surdi-mutité, on devrait faire une répartition bien nette, bien tranchée des cas congénitaux et des cas acquis, car cela a une grande importance au point de vue social.

CASTEX est du même avis, mais fait remarquer combien il est parfois difficile de savoir auquel de ces deux cas on a affaire.

Présentation d'instrument, par MAHU. — L'auteur présente un polypotome de l'oreille qui, grâce à un ingénieux mécanisme, permet de saisir le polype dans n'importe quelle situation.

Deux cas d'ethmoidite suppurée se déversant dans le sinus maxillaire, par P. CAUZARD. — Le premier cas concerne un jeune homme

de 19 ans qui, après deux abcès dentaires, mouche du pus et présente de l'obstruction nasale, surtout à gauche : la diaphanoscopie montre un sinus gauche très sombre. L'auteur pratiqué successivement une résection de la tête du cornet moyen, une fistule dentaire pour aborder le sinus et un curettage complet du méat moyen, où il trouve une masse d'apparence presque cholestéatomateuse et d'odeur fétide; après cette intervention et plusieurs lavages, le malade peut être considéré comme guéri. Il semble qu'il y ait là une étiologie dentaire; cependant l'obstruction nasale remonte à de longues années et paraît avoir précédé l'odontalgie.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 40 ans qui, depuis un an, présente de la sécheresse de ses fosses nasales et, depuis trois mois, du pus dans la fosse nasale gauche; la diaphanoscopie montre ce côté gauche très obscur. Après une série d'interventions portant sur la tête du cornet moyen, sur l'ethmoïde et sur le sinus sphénoïdal, où du pus se montrait, le malade est très amélioré. M. Cauzard considère que, dans ces deux cas, il a eu affaire à une ethmoïdite suppurée déversant son pus dans le sinus maxillaire.

LUBET-BARBON demande quelle était la consistance de cette masse trouvée dans le méat moyen, chez le premier malade. Était-elle cholestéatomateuse ou caséeuse?

CAUZARD croit pouvoir plutôt dire : caséeuse.

LUBET-BARBON a vu, un certain nombre de fois, des cas semblables et il a cru à de la syphilis du nez.

LERMOYEZ demande, à ce propos, ce que pense Lubet-Barbon du coryza caséeux de Duplay.

LUBET-BARBON est persuadé que c'est de la syphilis du nez également.

GUISEZ demande à Cauzard ce qui l'autorise à penser qu'il a eu affaire à une ethmoïdite isolée, ce qui est excessivement rare. En général, on se trouve en présence d'une fronto-ethmoïdite.

CAUZARD n'affirme pas que l'ethmoïdite fut isolée. C'était plutôt, surtout dans le second cas, une pansinusite.

COURTADÉ a vu deux cas de rhinite caséeuse, dont un cas lorsqu'il était interne de Richet, et l'autre chez un enfant de 5 ou 6 ans.

LUBET-BARBON, lorsqu'il voit un corps étranger du nez, d'aspect caséeux, et qu'il trouve un séquestre à côté, dit toujours : syphilis.

BOULAY a observé un cas où le nez contenait bien la valeur d'un verre à liqueur de matière caséeuse horriblement fétide.

CASTEX en a vu aussi un cas chez un ami qui n'était pas syphilitique. Il croit que Duplay a observé des cas de sinusites maxillaires qu'il a décrites comme des rhinites caséeuses.

LERMOYEZ ne comprend pas qu'on veuille faire de ce symptôme un type distinct de maladie. Parce que du pus se condense, se concrète dans le nez, on n'a pas le droit de dire qu'il y a une maladie spéciale. Le coryza caséeux de Duplay doit donc disparaître de la nomenclature des affections du nez.

COURTADÉ rappelle que Duplay, au cours de son article, n'a cité que deux observations et qu'il s'agissait sans doute de malades

négligents. Il fait remarquer en outre que, dans certains cas, le caseum ne paraît pas être du pus concrété, que, dans le cas qu'il a vu (enfant de 6 ans), il n'y avait pas trace de rhinite purulente et que d'ailleurs celle-ci est toujours bilatérale, alors que le coryza caséux est unilatéral.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Furet adresse, au nom de la Société, des remerciements à Saint-Hilaire, qui abandonne, au regret de tous, les fonctions de secrétaire général de la Société qu'il remplissait depuis si longtemps, à la satisfaction générale.

ÉLECTIONS

Sont nommés pour l'année 1906 :

Vice-président : WEISSMANN.

Secrétaire général : MAHU.

Secrétaire : DIDSURY.

Trésorier : MOUNIER.

La prochaine séance clinique aura lieu à la clinique de MM. Lubet-Barbon et Martin, le deuxième vendredi de décembre, à 10 heures du matin.

II. — SOCIÉTÉ MÉDICALE ROYALE HONGROISE.

SECTION DE RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 19 octobre 1905.

Président : E. von NAVRATIL.

Compte rendu par V. NAVRATIL.

Le Président pose la question au sujet de la situation que les laryngologues et rhinologues hongrois désireraient occuper au Congrès international. On décide de siéger seulement comme Section indépendante de laryngologie et rhinologie.

Le Président fait ressortir qu'il y aura cinquante ans, dans trois ans, que la Rhino-laryngologie est entrée dans la pratique médicale, grâce à Czermak et Türk.

On décide de fêter dignement cet anniversaire à la Section de laryngo-rhinologie, et on prie le Conseil d'administration de la Société des médecins d'avoir soin des préparatifs de cette fête. La Section de laryngo-rhinologie prie en outre le Conseil d'administration de la Société médicale de convoquer une assemblée générale pour le 7 octobre 1908, jour où il a cinquante ans, Czermak fit sur lui-même la démonstration de la laryngoscopie à Budapest.

Mais la Section demande qu'après le discours du président, un membre désigné par la Section de laryngo-rhinologie fasse l'éloge des mérites de Czermak et qu'on fasse une collecte pour l'exécution d'un portrait de ce savant. Le président, M. de Navratil, s'inscrit pour deux cents couronnes.

La Section de laryngo-rhinologie décide, en outre, de rédiger une brochure d'occasion dans laquelle seront insérés les travaux scientifiques des membres de la section.

Le président ouvre alors les conférences accompagnées de démonstrations :

Tumeur rétro-pharyngée très dure chez une femme de cinquante-trois ans, par NAVRATIL et STEINER. — La tumeur semble venir des vertèbres cervicales. Sur le tibia gauche, on voit une ulcération syphilitique. La tumeur précitée est indiscutablement une gomme ayant été améliorée par le traitement mixte.

On continue le traitement anti-syphilitique.

Tumeur molle provenant de l'amygdale droite, par V. NAVRATIL et STEINER. — Le patient, de 55 ans, un homme, souffre de ce mal depuis 1904. Eu égard à l'inopérabilité de la tumeur, on décide d'abord la trachéotomie pour faciliter la respiration, puis la résection pour rendre possible la déglutition du malade.

Avec un serre-nœud brûlant, on extirpe à plusieurs reprises des parties de la tumeur dont l'examen microscopique éveilla le soupçon d'un sarcome.

Comme le patient cependant prend du poids après chaque opération, on décide de faire un examen de contrôle.

Il fit ressortir qu'on était en présence d'un lymphangiome à marche rapide, pourtant sans formation de métastases.

Le patient, trachéotomisé depuis un an, porte constamment une canule.

Aujourd'hui, à la veille d'être réopéré, la tumeur a acquis de nouveau la grosseur d'un bon poing d'homme.

Deux cas de sclérome, par LIPSCHER. — Un homme de trente ans, venu à la clinique avec des attaques d'étouffement et sur lequel le Prof. Navratil pratiqua la trachéotomie inférieure.

Après la trachéotomie, l'auteur élargit progressivement la glotte qui avait le diamètre d'un tuyau de plume, avec des tubes d'ébonite de telle sorte qu'on peut aujourd'hui passer le n° 19. Le patient est décanulé et quitte le traitement.

Le second patient est un homme de 97 ans, atteint d'un grand sclérome nasal. Le conférencier l'a traité en vingt-six séances par la méthode de Röntzen, et aujourd'hui le nez est revenu à sa grandeur normale.

Cas de syphilis nasale, par TOVOLGYL. — C'est une patiente chez laquelle on constata la syphilis il y a vingt-trois ans. Elle fut soumise à une cure d'iodure de potassium réitérée.

On avait constaté chez la patiente des destructions étendues du nez, les deux cornets inférieurs manquent ainsi que le septum cartilagineux.

A sa présentation, la malade souffrait de violents maux de tête dans la partie frontale antérieure. L'auteur dilata le ductus frontalis, pratiqua ensuite une opération palliative, un curettage, et aujourd'hui, la malade se trouve dans un état d'amélioration considérable.

(Traduction par L. REINHOLD.)

III. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DU ROYAUME-UNI

Octobre 1905.

Président : Thomas BARR.

Compte rendu par R. LAKE (de Londres).

Apparition soudaine et simultanée de bruits céphaliques et de surdité, par MAC BRIDE. — Le malade, un clergyman, consulta l'auteur en novembre 1897 pour surdité et bruits de l'oreille droite, qui étaient survenus brusquement en février de la même année, l'ouïe étant auparavant normale. Les symptômes ressemblaient à la maladie de Ménière, avec la différence qu'il n'y avait pas de vertige; la conduction osseuse était bonne : surdité absolue pour les bruits extérieurs. L'auteur pense que le diagnostic le plus probable était : embolie de la branche de l'artère auditive interne, branche qui irrigue le limaçon; peut-être aussi pourrait-on trouver une explication dans l'hypothèse d'une lésion brusque par dilatation d'un grand vaisseau et altération profonde de la circulation du limaçon. Il est évident qu'on peut faire des objections plus ou moins sérieuses au premier diagnostic; après examen soigneux des circonstances et surtout du fait de simultanéité d'apparition des bruits et de la surdité, l'orateur penche à croire que la formation brusque d'une dilatation anévrysmale d'un grand vaisseau a modifié tellement la circulation du limaçon droit qu'il en est résulté une lésion irréparable.

Le PRÉSIDENT dit que ce cas ressemble à un cas présenté, l'an dernier, au congrès de Glasgow.

Présentation de malades, par H. PINDER. — 1. Tumeur vasculaire intratympanique du côté droit, probablement anévrysme par anastomose. Bourdonnements, pulsations, bruits et vertiges; spasmes cloniques des muscles de la nuque; spasmes cloniques de la face, des lèvres et des paupières. L'orateur donne le détail de l'examen de l'audition.

2. Suppuration chronique de l'oreille moyenne, suivie de méningite basilaire; exentération antro-mastoïdienne; cholestéatome; paralysie transitoire du bras droit; amélioration constante et enfin guérison, sans trouble mental apparent.

3. Absès intracranien, cérébelleux; méningite basilaire. Incision de l'absès; issue d'un pus grisâtre fétide; ouverture de la mastoïdite; exploration du cervelet et du lobe frontal; amélioration progressive; hernie du cerveau.

Ligature de la veine jugulaire interne pour affections de l'oreille, par DUNDAS GRANT. — L'auteur exprime quelques doutes quant à la valeur de cette méthode dans les cas de pyohémie d'origine otique; il est d'avis qu'on ne doit jamais y avoir recours dans ces cas, à moins que le sinus latéral ne soit en même temps largement ouvert, de façon que les produits septiques qu'il contient puissent être entraînés par le sang même du sinus. La ligature est insuffisante à empêcher l'extension de la thrombose septique, du ramollissement et de l'embolie; dans ces cas, il y a un certain degré de stade et il y a également danger d'aspiration dans les veines voisines. Les risques de l'opération sont considérables dans la thrombo-phlébite du sinus latéral. La ligature de la veine empêche, croit-on, le passage de microorganismes ou d'embolies septiques dans le torrent circulatoire, mais cela n'a lieu que d'une manière imparfaite et on peut avoir un résultat tout à fait opposé. L'auteur préfère la ligature au-dessus de la veine faciale, ce qui amène une stase moindre dans le sinus caverneux. Quand il y a le moindre indice de la présence d'un caillot obturateur, il faut explorer la cavité du sinus latéral et, si l'on n'y trouve pas de thrombus, on mettra à nu la jugulaire et, si elle est affaissée, la ligature au-dessus de la veine faciale est une bonne mesure de précaution. On cite un cas (Luc) de suppuration aiguë de l'oreille moyenne dans lequel on fit la paracentèse et la trépanation de la mastoïdite, la jugulaire interne ayant été ultérieurement liée au-dessous de la veine faciale. Le malade mourut peu de temps après; la mort fut attribuée à la ligature de la jugulaire. Dans certains cas, cette opération peut sauver la vie et, dans beaucoup d'autres, elle est absolument inoffensive. Mais, par contre, dans d'autres cas, elle n'est pas sans danger; elle semble avoir produit la mort par œdème cérébral, probablement quand la jugulaire du côté opposé était anormalement petite et insuffisante à assurer la circulation collatérale. L'auteur pense que cette opération devra être évitée toutes les fois qu'il sera possible.

URBAN PRITCHARD. est d'avis que Grant a exagéré le danger de l'opération.

BALLANCE. Souvent il est urgent de lier la jugulaire dans les cas de thrombose.

CHICHELE NOURSE. Le retard dans la ligature est dangereux dans les cas de phlébite septique. Il lui semble que l'utilité du plan de Grant de permettre au sang de s'écouler de la partie supérieure du sinus latéral, de façon à en faire le lavage, soit très douteuse.

KERR LOVE. Il n'a jamais regretté d'avoir lié la jugulaire, mais a eu souvent à regretter de ne pas l'avoir fait.

WHITEHEAD est d'avis qu'il faudrait réséquer complètement la partie de la veine renfermant le caillot.

WAGGETT est de l'avis de M. Ballance.

Le PRÉSIDENT. Un point très important, c'est la période à laquelle il faut faire la ligature. Son plan habituel est de ne pas lier la veine avant d'avoir fait l'opération radicale de la mastoïde, mis à nu et ouvert le sinus.

DUNDAS GRANT répond que c'est seulement dans un petit nombre de cas que la ligature de la veine est dangereuse : mais il est d'avis qu'il faut, si possible, éviter cette opération.

Présentation de cas, par MILLIGAN. — L'auteur montre une série de cas faisant ressortir les résultats des interventions dans diverses affections de l'oreille et du nez.

- 1° Mastoïdite suppurée avec abcès perisinusien ;
- 2° Opération de Stacke ;
- 3° Opération radicale sur la mastoïde : traitement consécutif par bourrage de la cavité ;
- 4° Opération radicale sur la mastoïde suivie de greffe ;
- 5° Mastoïdite de Bezold ;
- 6° Tuberculose de la région mastoïdienne ;
- 7° Opérations pour thrombose du sinus latéral ;
- 8° Suppuration du labyrinthe ;
- 9° Opération pour catarrhe chronique sec de l'oreille moyenne avec adhérences ;
- 10° Abcès temporo-sphénoïdal ;
- 11° Abcès du cervelet ;
- 12° Cas d'opération de Bönninghaus ;
- 13° Injections de paraffine pour améliorer l'ensellure nasale ;
- 14° Cas de suppuration du sinus frontal ;
- 15° Cas de suppuration du sinus sphénoïdal.

Continuité de plusieurs cavités de l'oreille moyenne. Traitement de l'otite moyenne aiguë, par le professeur A.-H. YOUNG et MILLIGAN.

— Les auteurs donnent une description rapide de l'anatomie de l'oreille moyenne ; la continuité de ses cavités est illustrée par deux planches contenant quatre figures. Puis, ils présentent une relation du développement de l'oreille moyenne qui, partant d'une fente continue, unique, se transforme en trois cavités qui sont : 1° Cavité de la portion osseuse de la trompe ; 2° cavité tympanique ; 3° cavité de l'antre. Ils décrivent le développement des tissus mous de l'oreille moyenne et des cellules mastoïdiennes. Ils sont d'avis que ces dernières font leur apparition à une période beaucoup plus précoce qu'on ne le croit habituellement. Ils sont d'avis que ces faits semblent nécessiter un nouvel examen et une transformation du traitement de l'otite moyenne. Des processus inflammatoires localisés peuvent se

produire même dans une cavité continue, de sorte qu'une tympanite n'implique pas fatalement une antrite ou une mastoïdite. Les auteurs ne recommandent pas l'insufflation de l'oreille moyenne dans les affections aiguës septiques; si cela est absolument nécessaire, on emploiera la sonde pour la trompe d'Eustache et on poussera, avec les plus grandes précautions, de l'air dans la caisse.

Ils sont d'avis que les points essentiels de traitement sont: un drainage libre et large et le repos absolu; incision large du tympan, qu'on tiendra ouvert, s'il le faut, par de nouvelles incisions ou par l'ablation d'un coin triangulaire de cette membrane. Ils préconisent l'aspiration du contenu de la caisse à l'aide du spéculum de Siegle ou du raréfacteur de Delstanche.

KERR LOVE dit que les faits anatomiques apportés par les auteurs ont depuis longtemps guidé les auristes dans leurs opérations.

MILLIGAN. La principale objection élevée est qu'ils ont ouvert l'antre et fait des expériences sur un os déjà ouvert. Le point pratique de la relation ci-dessus est que la politzérisation ou même le cathétérisme sont dangereux dans les infections septiques aiguës à cause du danger de propulsion forcée de matière septique dans des zones non encore atteintes. Il fait ressortir l'importance d'un drainage large de l'oreille moyenne.

Traitement opératoire des complications du côté de l'oreille moyenne dans les exanthèmes, par A.-K. GORDON. — L'auteur traite des complications consécutives à la scarlatine. Les otologues ne voient pas souvent des otorrhées scarlatineuses aux périodes aiguës. Il est clair qu'un grand nombre de cas opérés pour suppuration dans le temporal doivent leur origine à des otorrhées de cette nature non traitées. Dans les hôpitaux d'isolement le traitement habituel de cette complication consiste uniquement en lavages de l'oreille avec une solution quelconque (ordinairement d'acide borique) sans examen préalable du tympan. Beaucoup de cas, guéris en apparence, rechutent huit ou quinze jours après que l'enfant a quitté l'hôpital et, dans quelques cas, le résultat de la récurrence de l'otorrhée a été l'infection scarlatineuse d'un deuxième enfant. Dans deux cas, observés par Gordon, la caisse et l'antre étaient tous deux atteints. Il pense que les causes prédisposantes sont l'obstruction rétro-nasale avec ou sans hypertrophie des amygdales et le traitement de la gorge, au stade aigu, avec des seringues qui ne peuvent pas être stérilisées et des mains qui le sont rarement. Pour le traitement, il faut enlever les végétations adénoïdes, remplacer la seringue de verre ou de caoutchouc par la douche; les mains de la garde seront recouvertes de gants de caoutchouc; on aseptisera la bouche autant que faire se pourra et on enlèvera toutes les dents cariées. Gordon préconise, pour l'otite, l'opération radicale sur la mastoïde. Il serait bon, ajoute-t-il, qu'un otologue consultant fût placé dans tout hôpital d'isolement où l'on traite la scarlatine.

MAC NAUGHTON JONES dit qu'il a vu que ces complications étaient plus fréquentes dans la scarlatine que dans la rougeole ; tandis que la scarlatine a une action plus immédiate sur l'oreille, la rougeole semble causer des troubles ultérieurs plus sérieux. Il croit qu'on pourrait prendre des mesures préventives très efficaces ; d'accord avec Gordon, il est d'avis qu'on ne fait pas assez attention à l'oreille aux périodes aiguës de l'affection.

GORDON. Je n'ai pas recommandé l'opération radicale pour tous les cas d'otorrhée scarlatineuse qui ont résisté pendant deux mois au traitement intra-tympanique, mais j'ai pensé que cette intervention peut, avec avantage, être adoptée à une période beaucoup plus précoce qu'on ne le fait habituellement.

Le Professeur STIRLING fait une démonstration, appuyée d'expériences sur les otocytes et l'appareil ampullaire.

STODDART BARR et SEYMOUR JONES lisent des relations sur l'anesthésie locale dans les opérations sur l'oreille, avec étude particulière de la méthode de Neumann.

LINDLEY SEWELL apporte une analyse de 5.000 cas d'affections de l'oreille surtout au point de vue étiologique. Il donne des tableaux se rapportant aux divers causes de ces maladies et il fournit aussi des détails sur les cas.

(Traduction par MENIER, de Figeac.)

IV. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE BERLIN

Séance du 16 mai 1905

Président : LUGÆ. — Secrétaire : SCHWABACH

Compte rendu par A. SONTAG

Opération de Killian ; suites opératoires, par PASSOW. — L'auteur présente une patiente soumise douze jours auparavant à une opération du sinus frontal suivant la méthode de Killian. Sur le nez, on voit à peine la cicatrice et, en général, le résultat cosmétique est excellent.

PASSOW, dans ces derniers temps, opère tous les cas de cette catégorie en se conformant scrupuleusement aux indications de Killian, cette méthode lui paraissant la plus efficace soit pour procéder à un évidement complet de toutes les parties malades, soit en ce qui concerne le résultat cosmétique.

RITTER ouvre le sinus frontal du côté de la paroi inférieure, sûr par ce moyen de découvrir même la plus petite cavité frontale. Il considère comme assez problématique la conservation de la poulie. En commençant à la paroi inférieure, il est plus aisé de disposer la largeur de la lame osseuse d'après l'étendue de la cavité.

BRÜHL engage PASSOW à montrer de nouveau dans quelques mois

la patiente pour constater le résultat au point de vue du résultat cosmétique.

Le résultat cosmétique, en faisant l'opération de Kuhnt, l'a contenté jusqu'à présent et il a vu, par contre, des affaiblissements considérables chez plusieurs malades opérés d'après la méthode de Killian.

HEINE considère le résultat au point de vue cosmétique comme dépendant de la grandeur du sinus. Il enlève toujours toute la paroi antérieure, parce qu'alors on peut avoir par là une vue suffisante sur toutes les anfractuosités du sinus frontal.

PASSOW fait observer que son cas concerne un sinus frontal d'une extraordinaire grandeur. Il a observé qu'en général la déformation n'est pas plus grande après des mois que tout de suite après l'opération.

Il enlève toute la paroi vers le haut, ayant fait l'expérience que la déformation est moindre à cause de la transition graduelle.

Il ne se conforme à aucune règle définie pour l'ouverture ; s'il ne peut commodément ouvrir par en haut à cause de la lame osseuse à former, il ouvre par en bas. Le résultat est satisfaisant lorsque tout élément malade est soigneusement enlevé.

De la plastique et du traitement consécutif dans les opérations de cure radicale, par PASSOW. — L'auteur a expérimenté toutes les méthodes connues pour la plastique et finalement il dit qu'on doit toujours en chercher une meilleure. L'état le plus idéal toutefois est de suturer tout de suite après l'opération, mais si cela est impossible pour un motif quelconque, il préfère laisser une ouverture persistante que de procéder plus tard à la plastique.

Ordinairement la suture ne se fait pas dans les thromboses du sinus, les abcès du cerveau, et chez les tuberculeux, les diabétiques et les petits enfants. Chez les enfants, la guérison réussit mieux par le traitement du côté de l'ouverture rétro-auriculaire. Les greffes de Thiersch donnent dans ces cas des guérisons d'une rapidité surprenante.

Ces greffes ne doivent être faites qu'au moment où la cavité est complètement sèche. La suture secondaire réussit alors le mieux, en se servant de l'anesthésie de Schleich ; en ôtant un peu du périoste dans le soulèvement de la peau, le tégument acquiert alors de la solidité. L'occlusion a plus de succès dans les grandes ouvertures que dans les petites.

Pour la suture primaire, Passow se servait en partie jusqu'à ces derniers temps de la plastique de Körner, mais il n'en use plus, l'extrémité du lambeau s'amincissant avec difficulté, s'appliquait sur l'éperon et y provoquait une incommodante source de granulations.

Dans la méthode que Brühl mentionne dans le fascicule III de la *Monatschr., f. Ohrenheilk*, la méthode découlant de la fusion de la plastique de Panse et de Körner, employée par lui dans plusieurs cas, lui a rendu de grands services, seulement les chiffons en lam-

beaux étaient trop épais, et il leur reprochait de ne pas s'appliquer assez à plat.

Depuis un an il se sert d'une plastique avec les meilleurs résultats.

Voici comme il l'emploie : La première incision *a-b* est appliquée le long du bord inférieur du conduit auditif, la seconde *c-d* perpendiculairement au-dessus, la troisième *e-f* est parallèle à *a-b* sans avoir toutefois sa longueur. Il en résulte deux lambeaux dont l'un *acde* est un petit lambeau de Körner qu'on tire en arrière par deux sutures, tandis que l'autre *deb* est très mobile et s'applique à plat vers le haut. Passow conclut en invitant à donner plus de considération à la question de la plastique, qui a besoin d'être améliorée.

HEINE. Le traitement consécutif est plus difficile que l'opération elle-même. C'est précisément chez les gens, dont l'ensemble de la constitution ne laisse pas prévoir une guérison rapide, qu'on voit une prompte épidermisation de la cavité, tandis qu'on la voit souvent se retarder chez des personnes tout à fait bien portantes. Le traitement consécutif se pratiquait de la façon suivante à la Clinique universitaire :

On n'applique jamais une suture primaire et, suivant le cas, on obtient, tout en ne tamponnant plus en arrière, une avance graduelle après huit jours, quinze jours ou trois semaines.

La clinique de l'Université a abandonné la plastique de Körner ou n'emploie plus que la plastique de Stacke depuis de longues années. Cette dernière laisse l'ouverture de l'oreille dans sa grandeur naturelle; une grande ouverture de l'oreille comme on l'obtient dans la plastique comprenant la conque, n'étant pas agréable pour le patient.

Même dans l'asepsie la plus grande possible, en pratiquant d'autres méthodes, en particulier celle de Körner, on aurait vu apparaître de fréquentes périchondrites.

BRÜHL, dans sa méthode pratiquée dans plus de cent opérations radicales n'a vu qu'une fois un cas de périchondrite. En amincissant les lambeaux en T par derrière, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que de la peau. Les lambeaux s'appliquent extraordinairement bien. La cavité dans l'opération radicale est réduite autant qu'il est possible et guérit ainsi plus rapidement.

Jusqu'ici il ne fixait qu'avec une épingle en arrière le lambeau en forme de langue, mais il considère la mise en place de deux aiguilles comme un moyen plus précis et il veut arriver à appliquer deux sutures.

Passow ne peut se placer au point de vue de Heine; il recherche toujours une nouvelle meilleure méthode de plastique et est persuadé qu'on connaîtra dans dix ans des méthodes tout à fait différentes et bien supérieures.

Il a du reste observé aussi que parfois il apparaît chez les tuberculeux une épidermisation extraordinairement rapide de la cavité.

(Traduction par L. REINHOLD.)

V. — SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

XI^e RÉUNION ANNUELLE A BOSTON (MASSACHUSETTS)

5 et 6 juin 1905.

Compte rendu par MENIER (de Figeac).

(Suite)

Le larynx dans la fièvre typhoïde, par CHEVALIER JACKSON. — Il donne une statistique de 360 cas ainsi répartis : 68 cas de laryngite ulcéreuse avec 8 trachéotomies, 6 cas de périchondrite avec nécrose, 11 sans nécrose ; trachéite ulcéreuse dans 9 cas. Dans 11 cas, il y eut otite moyenne suppurée aiguë (a été publié *in extenso*).

Otite moyenne suppurée aiguë compliquant la fièvre typhoïde ; compte rendu d'un cas. Autopsie, par EWING DAY. — L'autopsie indiquait que l'otite moyenne était due à une embolie ou à une thrombose des vaisseaux de la caisse et de la mastoïde.

HOLMES (de Boston) a fait des constatations analogues à celles de Jackson dans la fièvre typhoïde.

Mac CAW (de Watertown), sur 579 cas de fièvre typhoïde, n'en a vu qu'un seul avec complications du côté du larynx. Le malade mourut d'œdème du larynx. C'était un cas de fièvre hémorragique avec toxémie intense.

Sur ces 579 cas d'otite moyenne aiguë suppurée, dont quatre à marche très rapide, deux moururent. Outre la thrombose, l'orateur pense que l'état d'affaiblissement du malade joue un rôle marqué.

Compte rendu de sept opérations intracrâniennes faites dans une année, par G. CORR (de Buffalo). — Le premier cas était une pachyméningite avec abcès extra-durémérien.

Le second était une thrombose septique avec abcès épidual.

Dans le troisième, la dure-mère adhérait au conduit externe par un ligament fibreux.

Dans le quatrième, il s'agissait d'une pachyméningite probable consécutive à une suppuration chronique de l'oreille moyenne et à une opération sur la mastoïde.

Le cinquième cas était une thrombose des sinus dans le lobe temporal, ayant suivi une opération radicale pour suppuration chronique de l'oreille.

Le sixième cas était un abcès du cerveau survenu sept mois après une opération radicale.

Le septième cas était une thrombose des sinus.

Traitement de la fièvre des foins par le sérum, par HANAU LOEB (sera publié *in extenso*).

CORWIN (de Newark) a eu de bons résultats du sérum dans 55 % de ses cas. L'amélioration survenait au bout de deux ou trois jours; si elle ne s'était pas montrée à cette époque, il était inutile de continuer le traitement.

THEISEN a obtenu quelques bons résultats, mais l'immunité ne durait pas plus de six à douze heures. Dans les cas compliqués d'asthme, il faut suivre le conseil de Dunbar et ordonner au malade de ne pas faire de voyage en chemin de fer et de dormir dans une pièce dont les fenêtres sont fermées.

L'orateur croit que l'affection est d'origine nerveuse. Peut-être aurait-on de meilleurs résultats avec un sérum particulier pour chaque variété de rhume des foins ou avec une combinaison de divers sérums.

LOGAN pense aussi que l'affection est d'origine nerveuse. Les malades sont plus ou moins influencés par les actions psychiques. Quelques-uns avaient formé un club et discutaient leurs souffrances communes; évidemment les facteurs de ce genre rendent le traitement bien difficile.

Le sérum de Dunbar ne lui a pas donné de résultats satisfaisants.

SMITH (de Bridgeport) est d'avis que l'amélioration est due à la suggestion.

COBB a vu le sérum être actif dans certains cas et inefficace dans d'autres. L'affection étant due à diverses causes (divers pollens, poussières, odeur des chevaux), nous ne devons pas nous attendre à ce que le sérum soulage toutes les variétés. Peut-être les plantes n'étaient pas assez fraîches quand Dunbar s'en servit pour sa préparation. Elles avaient été recueillies en Amérique.

LOEB ajoute que Dunbar lui a appris que les chevaux transportaient le pollen et que ce dernier se trouvait dans la poussière des rues et était soulevé par les pieds des chevaux. La rugosité des grains ne joue aucun rôle dans la production des attaques; c'est une toxalbumine qui existe dans les corpuscules d'amidon. Une antitoxine particulière peut n'avoir aucune valeur chez un individu, parce que la maladie est due à la toxine d'une autre albumine.

Syphilis du nez et des sinus accessoires, par J. LOGAN. — Le chancre siège de préférence sur la cloison cartilagineuse; quelquefois on le trouve à la face interne des ailes ou dans le vestibule. Souvent l'infection se fait par les ongles ou des instruments.

La syphilis secondaire du nez est assez difficile à reconnaître.

L'orateur parle ensuite de la syphilis tertiaire.

Le chancre des sinus doit être difficile à trouver et doit être rare; il en est de même des manifestations secondaires. Mais la nécrose osseuse tertiaire est très fréquente.

Manifestations syphilitiques au larynx et à la trachée, par PACKARD (est publié *in extenso*).

FARRELL (d'Utica) donne l'iodure de potassium dilué dans du lait avant le repas.

LOGAN. L'iodure de potassium à doses graduellement progressives est le traitement de choix des manifestations tertiaires.

Compte rendu d'un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutif à une otite moyenne aiguë ; opération. Guérison, par HALSTED. — L'abcès avait les dimensions d'un œuf et était dû au streptocoque. La mastoïde était indemne ; sans doute l'infection avait atteint le cerveau en suivant les gaines des vaisseaux lymphatiques ou des veines qui passent à travers le *tegmen tympani*.

Infection orbitaire et méningée venue des cellules ethmoïdales. Mort, par MAC-CAW. — La cause primitive fut une suppuration nasale. La voie suivie semble avoir été extraordinaire. Le pus passa à travers la cavité orbitaire, alla vers l'apophyse angulaire externe et, sortant par là, il forma une large collection sous le périoste. Cheminant en arrière, il pénétra dans le crâne par la fente sphénoïdale, tout en restant sous-périosté. L'orateur pense que l'issue fatale, quoique rare, est toujours possible dans chaque cas de sinusite purifiée.

L'importance de l'œdème du pharynx, par J. SCHADLE (de Saint-Paul). — L'orateur attire l'attention sur l'œdème du pharynx dans la néphrite aiguë et rapporte un cas observé par lui.

On procède ensuite à l'élection du Bureau pour l'année prochaine : LOGAN est élu président ; HALSTED, BALLENGER, ELLIS, MYERS sont élus vice-présidents. Secrétaire, WENDELL PHILLIPS ; trésorier, EWING DAY ; conseils, COBB, MAC-KERNON, LOEB.

VI. — XII^e CONGRÈS DES LARYNGOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD.

Heidelberg, 12 juin 1905.

Président : G. AVELLIS (de Francfort-s.-Mein).

Compte rendu par BLUMENFELD, de Wiesbaden,
secrétaire du Congrès.

(Suite).

Sur le traitement de l'asthme, par SANGEN (de Magdeburg). — Sängen croit que l'asthme consiste surtout dans une respiration pathologique qu'il faut traiter par la gymnastique respiratoire. Le centre nerveux dit « asthmogène » doit devenir rebelle à l'irritation

pathologique et l'état anormal d'inspiration profonde, dans lequel se trouve pendant l'accès le poumon de l'asthmatique doit faire place à des expirations normales. Pour obtenir ce résultat, Sängen fait compter ses malades d'une manière systématique et, pour donner une énergie plus grande à l'expiration, il fait traîner et accentuer les lettres (u-u-u-n-eu-eu-eu-x, etc). Après cinq ou six nombres, le malade fait une inspiration de la manière suivante, un, deux, trois, cinq, — inspiration — six, etc. Les exercices sont faits dans l'intervalle des accès et pendant l'accès même. Dans ce dernier cas, l'esprit du malade se détourne de la souffrance, ce qui est d'une grande valeur et il prend facilement confiance complète dans ce traitement, en voyant que c'est par ses propres forces qu'il se guérit.

On peut faire le traitement à l'aide de l'appareil de Waldenburg ou de l'oxygène, mais ni l'un ni l'autre n'est obligatoire. L'auteur cite *in extenso* plusieurs cas, dans lesquels il a obtenu un succès complet depuis deux ans.

Quant au traitement de l'asthme par des interventions chirurgicales dans le nez, etc., l'auteur se tient sur une réserve très sage. Enfin contre la bronchite concomitante, Sängen fait usage d'un appareil d'inhalation spécial.

Sur l'inhalation en thérapeutique, par HENNIG (de Königsberg). — Parmi les appareils modernes (Bulling, Heryng, Reitz, Hänle) l'auteur préfère celui de Heryng avec une modification de Reitz. Il a obtenu des résultats très remarquables dans le traitement des affections des voies aériennes. On peut appliquer des médicaments à l'aide des inhalations et Hennig soutient que les médicaments appliqués par cette voie « directe » ont une valeur singulière.

Sur la localisation et sur l'opération externe des abcès de la base de la langue et des parties voisines du pharynx, par I.-A. KILLIAN (de Worms). — L'auteur donne d'abord des détails très précis sur l'anatomie de ce point de la langue. Il y a ici deux espaces intermusculaires d'une valeur pratique, l'un médian, entre les deux muscles génio-glosses; l'autre, latéral, est sur la surface médiane du muscle hyoglosse; c'est dans ce dernier que court l'artère de la langue. Cet espace intermusculaire est fermé en haut par les faisceaux du muscle hyoglosse entrant dans le corps même de la langue, en bas par la grande corne de l'os hyoïdien et des muscles qui s'y insèrent. De ces deux espaces extramusculaires, le latéral est exposé aux phlegmons, dans des cas très nombreux. Les symptômes cliniques sont les suivants :

1° Gonflement dur, diffus et très douloureux au toucher, dans le fond de la région sus-hyoïdienne; latérale, à peu près correspondant à la glande sous-maxillaire. La peau du cou n'est pas atteinte;

2° Gonflement du fond de la langue; trismus, le fond de la

bouche n'est pas atteint ; œdème unilatéral du vestibule du larynx, qui s'étend sur la région aryténoïdienne, sur le pli ary-épiglottique, sur l'épiglotte et sur les vallécules. Plus tard l'œdème peut atteindre le palais et la luette ; fièvre de 38° ; douleurs en avalant, voix rauque, à la fin la dyspnée peut s'établir.

Killian rapporte un cas, dans lequel il a fait l'opération. Après la dissection du muscle hyoglosse, l'abcès fut trouvé sur le côté médian du muscle, comme on s'y attendait. Le procédé est le même comme pour la ligature de l'artère de la langue. Les abcès de l'espace médian s'ouvrent par une opération faite dans la ligne médiane du cou. On a traité ces abcès par des grandes incisions de la langue, mais Killian ne peut pas admettre que ce procédé donne un bon résultat et surtout assez de sûreté, le danger d'une hémorragie fatale étant imminent. Il recommande alors l'opération sur le côté du cou.

Abcès multiples du cerveau après une suppuration bilatérale des sinus frontaux, par Richard HOFFMANN (de Dresde) ; paraîtra *in extenso*.

Contribution à l'étude de la rhinoplastie, par WINCKLER (de Brème). — Ce n'est pas seulement l'effet cosmétique, qu'il faut obtenir par cette opération, mais l'on doit aussi rétablir la respiration nasale. D'abord, il faut mobiliser les morceaux d'os brisés, alors on modèle le nez à l'aide des sondes larges, dont Winckler fait usage.

Il rapporte un cas de luxation traumatique du nez chez un enfant de 16 ans.

Le dos du nez était luxé à gauche, le bout à droite. La fosse nasale droite était tout à fait imperméable ; quant à la gauche, une sonde très mince pouvait pénétrer ; il y avait une perforation de la cloison. Winckler a fait l'opération en mobilisant les fragments disloqués. Cela fait, il éleva le nez à l'aide de ses sondes et le fixa en tamponnant la partie supérieure du nez. Dans la fosse inférieure il posa des tubes métalliques pour fixer le haut du nez.

Le succès cosmétique est bon et la respiration nasale est rétablie.

Expériences dans le traitement de la tuberculose laryngée par les rayons de Raentgen, par WINCKLER. — Les expériences faites jusque-là ne permettent pas des conclusions définitives, mais onze cas soignés par ce procédé par Winckler l'ont convaincu, qu'il n'est pas permis d'avoir en lui des espérances exagérées.

Un effet analgésique a été constaté dans plusieurs cas. Il semble que l'effet des rayons X est plus efficace, quand l'affection tuberculeuse siège sur la paroi latérale et antérieure du larynx que dans les affections du pli externe aryténoïdien. Quant aux interventions opératoires

toires, l'auteur les préfère à la radiothérapie, qu'il veut réserver aux cas inopérables; surtout aux tuberculoses diffuses du larynx.

Tubage « peroral » à pression d'air augmentée, par EVANZ KUHN (de Cassel). — Le tubage dit peroral peut être appliqué dans les opérations de la bouche, des mâchoires, de la langue, de la gorge, etc., il est d'une grande valeur dans les cas de narcose difficile et pour les asphyxies causées par le chloroforme, l'acide carbonique etc.

Le tubage peroral à pression d'air augmentée est destiné aux opérations de la plèvre, des poumons, du cœur et de l'œsophage.

VII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 2 juin 1905

Président : professeur FRAENKEL.

Compte rendu par Max SCHEINER.

Préparation provenant d'un cancer laryngé opéré par extirpation totale, par ROSENBERG. — Il y a neuf mois, infiltration de la partie postérieure de la corde vocale droite très peu mobile. Le malade refusa l'opération et ne revint qu'il y a quelques semaines. A ce nouvel examen, on voyait une infiltration profonde de toute la moitié droite du larynx devenue complètement immobile et rigide. La corde vocale droite en position cadavérique. La corde vocale gauche était à son tour rouge et épaissie dans sa partie antérieure; elle montrait en outre à sa face inférieure un petit cône blanchâtre. Par conséquent extirpation totale; à l'opération, l'infiltration cancéreuse de la corde vocale gauche et de la région sous-glottique se montrait beaucoup plus étendue qu'on n'avait soupçonné à l'examen laryngoscopique.

GLUCK propose de faire une suture soigneuse de la plaie pharyngée dans les cas d'extirpation totale: on doit fermer la plaie par une suture en étages et ensuite faire la suture du lambeau de la peau. Ainsi on obtient souvent une cicatrisation *per primam* en 12 à 16 jours et l'on peut enlever la canule et la sonde œsophagienne.

Cas de lupus du nez et du larynx, par ROSENBERG. — Patient de 30 ans, dont la peau n'est que peu altérée. L'épiglotte est transformée en une tumeur rose-pâle, légèrement bossellée, ulcérée au milieu. On butte avec la sonde au fond de l'ulcération sur du cartilage. Le pli ary-épiglottique droit est considérablement épaissi et recouvert de granules lupeux, ainsi que la bande ventriculaire gauche. Les cordes vocales sont libres.

Préparation d'un carcinome laryngé qui a envahi et ulcéré la peau, par STURMANN.

Une seringue en verre aseptique, par RITTER.

Préparations microscopiques d'angine de Vincent, par ALEXANDER. — On voit des spirochètes et des bacilles fusiformes en grande quantité. Le contenu d'un ganglion cervical gonflé, obtenu par ponction, ne renfermait pas les mêmes organismes. Il rappelle que Schaudinn et Hoffman ont découvert des spirochètes dans la syphilis ; ceux-ci se trouvaient justement dans le suc obtenu par ponction d'un bubon voisin du chancre primaire.

SCHOETZ ne considère ni le spirochète, ni les bacilles fusiformes comme caractéristique de l'angine de Vincent. Il a pu faire une observation analogue dans deux cas de syphilis.

ALEXANDER est aussi du même avis. Dans un cas où l'on avait trouvé des bacilles fusiformes et des spirochètes, il a eu guérison seulement à la suite d'un traitement ioduré.

Fièvre de foin et son traitement par le sérum, par A. WOLFF. — La toxine du pollen est une substance inhérente à l'amidon du pollen ; c'est une substance probablement albuminoïde, soluble dans une solution physiologique de chlorure de sodium, ainsi que dans le sérum organique de l'animal. L'étiologie n'est pas tout à fait identique. Ceci résulte des variations dans le début et des différentes issues de l'affection chez différents sujets. Dunbar prétend avoir trouvé un sérum antitoxique. Or la caractéristique d'un sérum antitoxique, c'est que des quantités multiples de toxine doivent se neutraliser complètement par des multiples doses d'antitoxine. D'après Wolff, il est douteux que le sérum de Dunbar soit une vraie antitoxine. Jusqu'ici on n'a pas encore trouvé un animal qui aurait réagi d'une manière typique à la toxine de la fièvre de foin et qui en serait mort. Le malade atteint de la fièvre de foin, a un système nerveux excitable par la toxine pollénique. Il est inexplicable que la toxine en dissolution ne produise pas chez le sujet sain les phénomènes de la maladie. Il faut par conséquent supposer, ou que le corps d'un malade atteint de fièvre de foin contient un ferment, ou qu'il y ait hypersensibilité du système nerveux. Dans une série des cas, la pollantine est d'un effet nuisible, dans d'autres cas, elle est d'une action bienfaisante au début, désavantageuse plus tard. A côté du sérum de Dunbar, qu'on obtient par injections des chevaux avec le pollen et qu'il appelle pollantine, Wolff a employé également celui de Weichardt. Ce dernier, appelé graminone, est fabriqué du sérum normal des herbivores à l'époque de la floraison des graminées. Dans ce sérum se trouveraient, sans aucune autre préparation antérieure, des matières protectrices contre la fièvre des foins et on obtiendrait, en les concentrant, une augmentation considérable de leur puissance immunisatrice. Nous avons dans la pollantine et dans la graminone des préparations susceptibles d'affaiblir l'action de

la toxine pollénique chez le malade atteint de fièvre des foins. La sérothérapie doit être accompagnée par l'application des mélanges d'adrénaline-cocaïne. D'après Wolff, aucun cas d'asthme n'a été amélioré.

(Traduction par L. REINHOLD).

VIII. — XIV^e CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE

Tenu à Hombourg-les-Bains, les 9 et 10 juin 1905.

Président F. KRETSCHMANN (de Magdebourg).

Compte rendu par A.-R. SALAMO.

Rapport sur la surdité à l'école, par le Pr A. HARTMANN (de Berlin). — Il y a à l'école beaucoup d'hypoacousiques et l'on peut dire qu'environ un quart des écoliers est atteint de défectuosité de l'ouïe (catarrhe tubaire, otorrhée, perforation du tympan, etc.). Il faut donc s'occuper spécialement de ceux qui entendent mal, car, dans le cas contraire, leur surdité s'aggrave et en fait des déchets sociaux; d'où une série de réformes et de soins plus intéressants les uns que les autres que propose l'auteur.

Sur l'enseignement des sourds-muets, par le Pr Passow (de Berlin). — Il faut diviser les élèves en deux grandes classes, ceux qui sont totalement et définitivement sourds et ceux qui, possédant des restes d'audition, sont améliorables. D'où la nécessité de créer des instituts spéciaux pour ceux-là. Mais, avant de terminer, Passow fait remarquer combien il est difficile d'exclure le langage par signes qui est très pratique pour la plupart des sourds-muets.

Eléments constitutifs de l'oreille non indispensables pour la compréhension de la voix humaine, par le Pr DENKER (d'Erlangen). — Après des études très minutieuses faites sur l'oreille du perroquet, en collaboration avec le Dr Paessler, l'auteur conclut que la complexité de l'oreille humaine n'est pas indispensable à la perception des sons de la voix, car le perroquet ne possède pas d'organe de Corti, ni de muscles intrinsèques de l'oreille: enfin sa papille basilaire est considérablement plus petite.

Deux cas de complications oculaires d'empyème des cavités annexielles du nez, par ALEXANDER (de Francfort-sur-Mein). — 1^o Femme de 41 ans, prise de grippe, puis de céphalalgie et de papillite double. Ouverture du sinus sphénoïdal gauche et résection des cellules ethmoïdales postérieures droites. Guérison; 2^o Enfant de 13 ans présentant un abcès du corps vitré, dans le cours d'une sinusite

maxillaire avec ethmoïdite antérieure à gauche. Intervention sur le sinus et l'ethmoïde guérison.

Examen clinique des sens de l'équilibre, par PANSE (de Dresde). — Il est très nécessaire de faire l'examen du sens de l'équilibre et d'explorer la vision pour la détermination exacte de certaines lésions (canaux semi-circulaires, cervelet, etc.).

Surdité progressive d'origine labyrinthique, par le Pr MANASSE (de Strasbourg). — L'auteur a examiné vingt-neuf temporaux; il a trouvé trois fois une ankylose de l'étrier avec tissu osseux raréfié; deux fois une fixation de l'étrier par du tissu conjonctif néoformé; dix-sept fois des altérations du canal ou du ganglion cochléaire, du tronc de l'acoustique, bref des lésions purement labyrinthiques.

Préparation d'un labyrinthe de tabétique, par Brühl (de Berlin).

Traitement de l'otite aiguë par la méthode de Bier, par HEINE (de Berlin). — L'auteur a appliqué cette méthode à dix-neuf cas d'otite aiguë, dont quatre cas bilatéraux; les appareils restaient en place vingt-deux heures; on les enlevait pendant deux heures, puis on les réappliquait pendant vingt-deux heures encore. Neuf malades guérissent complètement; deux mastoïdites s'améliorèrent, mais huit fois il fallut pratiquer l'antrotomie.

Préparations microscopiques du labyrinthe d'un sourd-muet, par LINDT (de Berne).

Recherches cliniques et anatomiques sur l'oreille des malades atteints d'affections du sang, par G. ALEXANDER (de Vienne).

Contribution à l'étude histo-pathologique de l'empyème frontal, par ESCHWEIBER (de Bonn).

Carie de la paroi promontorienne de la caisse du tympan, par KREBS (de Hildesheim). — Cette carie peut être causée soit par des soins post-opératoires incomplets, des fautes d'asepsie, un tamponnement trop serré, soit par une échappée de la gorge, soit par la présence d'une esquille osseuse, soit enfin quand on intervient trop tard.

Traitement conservateur dans les suppurations du récessus épitympanique, par le Pr HAUG (de Munich). — L'auteur conseille de faire un lavage efficace de la cavité, grâce à un agrandissement de la perforation avec une solution à base de perhydrol, puis de faire un attouchement à la solution iodo-iodurée forte et enfin de pratiquer un tamponnement à la gaze stérilisée.

Recherches de physiologie acoustique, par DENNERT (de Berlin).

Vibrations des corps solides et des liquides, par KRETSCHMANN (de Magdebourg).

Forme du temporal et configuration de la caisse du tympan, par SCHOENEMANN (de Berlin).

Nouvelle méthode pour mesurer l'ouïe avec précision, par le Prof. BLOCH (de Fribourg-en-Brisgau). — L'auteur a mis sur les branches du diapason une sorte d'index qui vibre en même temps que les branches de l'instrument et qui permet d'apprécier en millimètres l'amplitude des vibrations.

Abcès multiples du cerveau consécutifs à une suppuration bilatérale traumatique des sinus frontaux, par R. HOFFMANN (de Dresde). — Chez un malade, mort de méningite après suppuration bilatérale traumatique des sinus frontaux, l'auteur trouva un abcès qui avait fait irruption dans le ventricule, un abcès du lobe gauche et un troisième du lobe droit; enfin il y avait encore un abcès du lobe cérébral gauche qui avait été diagnostiqué pendant la vie.

Pronostic d'otite aiguë, par ALBRECHT (d'Heidelberg). — D'après deux cent soixante-douze observations, l'auteur conclut que les otites moyennes aiguës simples guérissent dans la proportion de 100 %, tandis que les otites aiguës secondaires donnent 91 % de guérisons et 4 % de morts.

Traitement de l'otite aiguë, par SCHEIBE (de Munich). — Il importe, pour établir un traitement rationnel, de distinguer les otites primitives des otites secondaires et celles des adultes de celles des enfants.

Altérations labyrinthiques dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par le Pr POLITZER (de Vienne). — Le diagnostic

est excessivement important; il se fait par les vertiges, le nystagmus, le signe de Schwabach; plutôt que par le Weber. Comme opération, c'est la trépanation des canaux semi-circulaires latéral et postérieur qui s'impose.

Préparations de labyrinthites suppurées, par PANSE (de Dresde).

Plombage de la fenêtre ronde et ses conséquences, par BLAU (de Görlitz). — Sur les chiens et les chats qui ont subi cette opération, on a constaté, d'une façon transitoire, des troubles de la marche, la tête penchée du côté opéré, l'incertitude de l'ouïe et l'impossibilité du saut.

Recherches sur la mastoïdite tuberculeuse des enfants, par HENRICI (de Rostock). — C'est une affection primitive, apportée le plus souvent par voie sanguine, justiciable de l'antrotomie et diagnostiquable surtout au microscope.

Un cas de pyémie otitique, par R. HOFFMANN (de Dresde). — Oïte moyenne suppurée bilatérale, compliquée également des deux côtés de mastoïdite opérée; mort avec tous les symptômes de pyémie, causée probablement par le diplocoque lancéolé dont la présence, en cultures presque pures, a été constatée dans le pus par l'examen bactériologique.

IX. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

99^e session, 2 juin 1905.

Présidence de CHARTERS J. SYMONDS.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

Tuberculose nasale, par H. BARWELL. — Il s'agit d'une femme de 29 ans atteinte de tuberculose de la cloison nasale, à forme bourgeonnante, qui envahit ensuite le cornet inférieur. Cette malade n'a que des signes de tuberculose pulmonaire très récente. L'auteur s'étonne de voir un cas de tuberculose primitive des fosses nasales.

Lupus du larynx et de la luette, par BARWELL. — La lésion laryngée porte sur l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques et les cordes vocales (infiltration et ulcérations). L'auteur propose les attouchements à l'acide lactique et à la formaline, et l'excision de l'épiglotte.

Tumeurs multiples de la région épiglottique, par G. C. CATHCART. — Il s'agit probablement de tumeur de l'amygdale linguale (?) chez un homme de 43 ans.

Tumeur récente du sinus maxillaire, par CATHCART. — Le malade est âgé de 10 ans. Les membres de la Société pensent qu'il s'agit d'un kyste dentaire.

Coupes d'une affection maligne du pharynx et du larynx, par DE SANTI. — La malade a été vue à la dernière session; il s'agit d'un cancer.

Tumeur de la langue, par W. H. KELSON. — Malade vu au mois d'avril; il s'agit d'un fibrome.

Éruption au niveau de la gorge, par W. H. KELSON. — Chez une femme de 47 ans, l'éruption forme des plaques blanchâtres sur une base rouge, affectant les amygdales et le palais. Cette affection dure depuis cinq mois. Ce cas ressemble à plusieurs autres vus par la Société en 1903 et 1904. Cette affection est plus ou moins symétrique et ressemble à des plaques muqueuses. Le traitement anti-syphilitique n'agit pas sur son évolution. L'affection dure plus d'un an; elle est superficielle, ne produit pas de vésicules et ne laisse pas de cicatrices. Elle s'accompagne d'une forte sensation de brûlure, et quelquefois récidive après avoir complètement disparu.

Épithélioma du larynx, par SMURTHWART. — A l'examen on trouva un épaississement irrégulier de la corde vocale droite, ainsi que de la bandelette ventriculaire qui est infiltrée. L'auteur enleva un morceau de la tumeur, qui est composée histologiquement par de l'épithélioma pavimenteux. Il demande l'opinion de la Société sur l'opportunité de l'intervention radicale.

DE SANTI, à propos du diagnostic du cancer, rapporte que sur 17 cas de carcinome de différentes parties du corps, il n'a pas trouvé dans un seul cas d'acide chlorhydrique libre dans le contenu stomacal obtenu par le repas d'épreuve.

Les membres de la Société sont d'avis d'opérer ce malade en pratiquant la laryngo-fissure et en enlevant toutes les parties malades. Le cas semble être favorable.

Angiome du larynx, par SAINT-CLAIR THOMSON. — Il s'agit d'une téléangiectasie s'étendant à la vallécule droite, aux deux bandelettes

Arch. de Laryngol., 1905. N° 6.

ventriculaires, à la région sous-glottique gauche et au repli aryténo-épiglottique droit.

Paralysie complète de la corde vocale gauche avec dilatation de la pupille gauche, rétrécissement mitral et dilatation de l'oreillette gauche, par ATWOOD THORNE. — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans. La dilatation de l'oreillette comprime sans doute le fœcurrent gauche et provoque de l'irritation du grand sympathique, d'où la paralysie de la corde vocale et la dilatation de la pupille.

Angiome du voile du palais, par LAMBERT LACK. — L'auteur présente des coupes histologiques de l'angiome du voile du palais enlevé chez la malade qu'il a présentée à la dernière session. La tumeur fut enlevée par une incision circulaire autour de la tumeur qui fut attirée au moyen des doigts. On dut comprimer une artère: l'hémorragie s'arrêta par des cautérisations au thermo-cautère.

Tumeurs adénoïdes chez un homme de 59 ans, par LAMBERT LACK. — Le malade était atteint de catarrhe des caisses et d'obstruction nasale, qui disparurent par l'ablation des végétations. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien de ces tumeurs. C'est le malade le plus âgé porteur de cette affection, qu'ait vu l'auteur; après vient un homme âgé de 44 ans.

Dyspnée inspiratoire, par DE SANTI. — Il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte de gêne de la respiration et de douleur dans la gorge. Elle a eu la syphilis il y a seize ans. On trouve des signes de rhinite et de pharyngite sèche, de la laryngite chronique et une hypertrophie du corps thyroïde. Un médecin a porté le diagnostic de dyspnée inspiratoire, due probablement à une sténose trachéale. L'auteur pense que c'est le corps thyroïde qui comprime la trachée. Un traitement ioduré n'a donné aucune amélioration.

Néoplasme intralaryngé de la corde vocale gauche, par SCANES SPICER. — Le malade, âgé de 73 ans, présente une masse implantée sur la corde et s'étendant à la paroi laryngée. Il s'agit d'une tumeur bénigne, comme l'a montré l'examen histologique pratiqué sur la tumeur après son ablation.

Ulcération de l'amygdale et du voile du palais, par KELSON. — Il existe de nombreux ganglions dans la région sous-maxillaire. Il s'agit d'un épithélioma.

Infiltration étendue du pharynx avec légère ulcération, par Charles PARKER. — L'infiltration s'étend aux amygdales, aux piliers postérieurs du voile et aux replis glosso-pharyngiens, surtout à gauche. A sa surface sont de petites taches jaunes du volume d'un grain de millet. Il existe une ulcération au niveau de l'union du voile avec le palais, et de plus un œdème marqué de l'aryténoïde gauche et un plus léger au niveau de l'aryténoïde droit. L'auteur pense qu'il s'agit de lésions syphilitiques. Le malade est en bonne santé et se livre sans fatigue à son travail de jardinier.

X. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE AUTRICHIENNE

Séance du 19 décembre 1904

Président : H. POLITZER.

Compte rendu par L. REINHOLD.

Otite moyenne compliquée de thrombose du sinus de la veine jugulaire ; opération, par Victor URBANTSCHITSCH. — H., 39 ans, souffrant depuis sa plus tendre enfance d'une otite moyenne purulente de l'oreille gauche. Dans sa vingtième année, extraction de polypes de cette oreille.

Août 1904, cessation de la suppuration.

1^{er} novembre, douleurs dans l'oreille, vertiges, maux de tête et fièvre.

Le 2 novembre, frissons ; de nouveaux frissons, les jours suivants.

Dans la nuit du 7 au 8 novembre, plusieurs frissons. L'oreille gauche porte une perforation étendue de la membrane du tympan et dans la caisse on voit du pus épais, caséeux, se prolongeant jusque dans l'attique. C'est pourquoi on procède le 8 novembre à l'ouverture des cavités de l'oreille moyenne.

L'opération fait découvrir, surtout dans l'antre et dans la partie supérieure de l'apophyse mastoïde, des masses de pus caséeux ; évidemment et grattage des cellules malades de l'apophyse. Une cavité spacieuse est formée ainsi, close de toute part, ne comprenant par conséquent ni la dure-mère, ni le sinus transverse. Le lendemain de l'opération, le malade se sent bien ; température 37°8. Le soir, par contre, la température atteint 38°5. Le lendemain 39°1. A midi frissons, la température s'élève à 39°8. Les frissons faisant soupçonner la propagation de l'affection au sinus, on procède le jour même à l'ouverture large de ce dernier. La paroi du sinus dégagée montre à un endroit une coloration bleu très foncé, sans que l'os qui l'entoure semble altéré.

L'aspiration à l'aide de la seringue de Pravaz ne donne pas de sang ; c'est pourquoi Urbantschitsch procède à l'ouverture large du sinus qui est rempli par un thrombus qui l'obture complètement. Température après l'opération, 37°7, tandis qu'elle avait été avant l'opération de 39°8.

Le lendemain, 11 novembre, le patient est très bien, la température étant de $36^{\circ}5$; le jour suivant, l'amélioration continue et la température oscille entre $36^{\circ}4$ et $37^{\circ}5$.

Le 15 novembre au matin, la température est de $36^{\circ}8$, le soir à sept heures $38^{\circ}6$. A huit heures $40^{\circ}5$ et frissons.

Le lendemain une température matinale de $37^{\circ}4$; l'après-midi $39^{\circ}2$ de nouveau avec frissons. Voilà pourquoi Urbantschitsch se décide le soir même à procéder à la ligature du tronc de la veine jugulaire, au-dessous de la branche de la veine faciale. Après suture des muscles et de la peau, on introduit une mèche de gaze iodoformée dans la plaie du cou afin d'assurer le drainage; cette dernière est enlevée après deux jours, la plaie étant restée sans réaction. Depuis la ligature de la veine jugulaire (16 novembre), le patient est resté jusqu'à ce jour (19 décembre) apyrétique.

Immédiatement après la ligature de la veine jugulaire, le tampon compressif est mis de côté. Le sinus apparaît béant, bouché par un thrombus du côté du golfe de la veine jugulaire; c'est pourquoi on introduit dans le sinus, dans la direction du crâne, une mèche de gaze iodoformée. Deux jours plus tard, on enlève cette mèche, et il n'y a plus de pus dans le sinus; cet état se maintient pendant tout le reste de la cicatrisation.

Démonstration de deux instruments, par E. URBANTSCHITSCH.

1° Un *distansomètre* pour déterminer des distances à l'intérieur de l'oreille et du nez;

2° Un *vibrateur* nasal très flexible et par conséquent se laissant adapter à tous nez. Cet instrument dont l'auteur s'est servi avec grand succès pendant deux années lui a rendu surtout des services dans les hypertrophies aiguës du nez.

La question de la formation phylogénétique vicariante des sens, par G. ALEXANDER. — L'auteur essaye de prouver à l'aide de recherches anatomiques multiples la transition morphologique du labyrinthe des mammifères inférieurs à celui des mammifères supérieurs.

HAMMERSCHLAG rappelle qu'il a eu l'occasion, il y a un an, en commun avec le docteur Hanke, de présenter des anomalies de l'œil chez la souris dansante.

On ne doit pas comparer la souris dansante avec la taupe ou la souris aveugle; chez cette dernière, s'établit une sorte de compensation des fonctions sensitives.

C'est pourquoi Hammerschlag ne peut pas comprendre comment Alexander peut comparer les organes des sens de la souris dansante avec les mêmes organes de la souris aveugle ou de la taupe.

**XI. — SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE
DE LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET D'OTOLOGIE**

XVI^e session à Arnhem, le 28 avril 1905

Présidents : MOLL et ZWAARDEMAKER

Compte rendu par H. BURGER (d'Amsterdam).

L'assemblée décide à l'unanimité que pour les cas du ressort de sa spécialité elle doit pouvoir se réunir, dans les Congrès médicaux internationaux, en deux sections autonomes (otologie, laryngologie), ou en une seule section combinée (Division pour l'otologie, division pour la laryngologie) : mais elle s'oppose à toute fusion avec la stomatologie.

Détermination de l'acuité de l'ouïe pour la transmission osseuse,
par H.-L. STRUYCKEN, de Breda, et F.-H. QUIX, d'Utrecht.

STRUYCKEN étudie en détail le mode de vibration du manche du diapason. S'il n'a aucune charge, les ondes sonores décrivent une courbe transversale. L'amplitude toutefois s'élève à 1/50-1/150 de celle des deux branches. En attachant au manche, perpendiculairement au plan des oscillations, une petite plaque, la transmission de l'air libre, pour la même amplitude, peut être immédiatement comparée à la transmission osseuse. Il en résulte que pour des sons *c'*, la limite de l'amplitude est la même pour la transmission aéro-osseuse. Si on applique le manche sur le crâne, les vibrations se propagent à ce dernier; l'amplitude est optiquement démontrable et mesurable. Cependant cette amplitude n'est pas la mesure de l'intensité de la perception des sons. La différence de tension intermoléculaire nécessaire pour l'entretien du mouvement des masses s'entend dans la transmission osseuse. C'est là la mesure d'intensité qui représente une partie de l'énergie, même quand la source d'ondes sonores est très puissante. Par là s'applique en partie l'intensité beaucoup moins forte et plus uniforme de la transmission osseuse.

Pour établir par quelle voie le son pénètre dans l'oreille moyenne, Struycken a mis en communication directe l'apophyse courte, la fenêtre ovale, le promontoire, etc., avec le manche d'un diapason en vibration. Cette communication a été établie à l'aide d'un fil d'acier muni d'une petite tête de paraffine. C'est sur la fenêtre ovale que le son est entendu dans son intensité maxima et sur le promontoire dans son intensité minima. Struycken conclut qu'on perçoit dans le limaçon non pas le mouvement sinusoïdal tel que, mais seulement des différences de tension intermoléculaires; il en résulte centralement la perception acoustique.

F.-H. QUIX après une introduction historique dans laquelle il démontre que les noms : épreuve de Weber, de Rinne et de Schwabach ne sont pas exacts au point de vue historique, étudie les statistiques respectives et il arrive à conclure que la valeur des épreuves de Weber et de Rinne est tout à fait insignifiante comme

méthode différentielle clinique, que par contre la détermination de la durée de perception dans la transmission osseuse serait d'une importance clinique. Parmi les méthodes qui restent (Gellé, Conradi, Bing), l'épreuve de Gellé seule a une réelle importance. La cause principale du petit nombre de résultats obtenus est qu'on n'a pas assez examiné l'instrument de recherche. Sans la connaissance de cet instrument, l'étude de la transmission osseuse est stérile. Les représentations mécaniques de la transmission du son adoptées encore couramment doivent être abandonnées. La théorie énergétique a seule raison. Par ses recherches, Quix est arrivé à la conviction que seules les transmissions osseuses peuvent être comparées entre elles; de même on ne doit comparer avec de la transmission aérienne, que des faits de transmission aérienne. Ces deux déterminations concernent les épreuves de Weber, de Rinne et de Schwabach. Ces trois derniers doivent disparaître du nombre des méthodes expérimentales otologiques.

Dans la détermination de l'intensité de fonction pour la transmission aérienne ainsi que pour la transmission osseuse, l'amplitude des branches du diapason doit être prise comme point de repère.

FER, KUÏLE, BURGER, POSTHUMUS, MEYJES, QUIX et STRUYCKEN prennent part à la discussion.

L'enquête officielle du gouvernement sur la fréquence des végétations adénoïdes chez les écoliers, par H. BURGER, d'Amsterdam, rapporteur. — Le recensement ordonné par le gouvernement néerlandais vers la fin de 1903, aux instituteurs, sur la fréquence des végétations adénoïdes dans les écoles, a établi que six pour cent sur huit cent mille écoliers portaient les traces extérieures de végétations adénoïdes. Burger décrit minutieusement la manière dont doit être faite une statistique des adénoïdes. Comme base on doit se servir de l'examen digital, mais mieux encore de la rhinoscopie antérieure et postérieure.

Onze statistiques dont l'ensemble reposait sur l'examen local s'étendant à treize mille deux cent quatre-vingt-trois enfants donnèrent une fréquence de 30.2 % de cas d'adénoïdes.

Huit recensements portant seulement sur des marques extérieures ont ensemble donné le chiffre de six pour cent.

C'est en détail que Burger commente la valeur des symptômes extérieurs d'adénoïdes. Comme base d'une statistique, ils sont tout à fait insuffisants.

Cependant l'enquête gouvernementale a eu déjà ce réjouissant résultat d'éveiller un vif intérêt dans beaucoup de milieux de professeurs et des particuliers sur les conséquences nuisibles des végétations adénoïdes.

STRUYCKEN, ZAALBERG, von den Van ISSELT, Ter KUÏLE, POSTHUMUS, MEYJES, MOLL et BURGER prennent part à la discussion.

Démonstration d'un cas de kératose du larynx circonscrite, par J.-C. HENKES, d'Amsterdam. — Chez une fille de 13 ans, atteinte de psoriasis généralisé négligé, on voit un processus chronique analogue aux cordes vocales qui portent de dures croissances à base large de couleur jaune et rose.

Démonstration de miroirs pour endolaryngoscopie, par E. Ter KUILE, d'Enschede. — Outre le miroir ordinaire pour la gorge, l'auteur introduit, afin de pouvoir examiner la paroi postérieure, encore un deuxième petit miroir dans le larynx préalablement cocaïnisé.

Sur les exercices méthodiques de l'ouïe, par C.-H. MOLL, d'Arnhem. — Un homme de trente-cinq ans, dur d'oreille depuis longtemps, otite moyenne chronique. Après application d'un remède homœopathique, la teinture de thuya, surdité immédiate à un haut degré. Amélioration importante par des exercices de l'ouïe longuement continués au moyen du langage.

Sur l'usage des mots à doubles voyelles pour déterminer l'acuité de l'ouïe, d'après la méthode des trois fractions, par MINKEMA, d'Utrecht. — Pour la langue hollandaise, Zwardemaker et Quix ont indiqué une méthode de la détermination de l'acuité de l'ouïe pour le chuchotement, méthode basée sur les résultats de l'analyse phonographique des voyelles.

Dans l'Institut physiologique d'Utrecht, on a étendu ces recherches sur les diphtongues de la langue hollandaise (Communication des résultats).

Corps étranger dans le nez d'un patient avec syphilis tertiaire, par P. Ph. L. KAN, de Leiden. — Une prothèse de caoutchouc d'une grande étendue, en recouvrant un palais détérioré disparut en 1881; depuis, elle avait séjourné dans le nez du patient et fut retiré de là par Kan à l'occasion d'un examen.

(Traduction par L. REINHOLD).

XII. — SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE L'OUEST DE L'ALLEMAGNE

XIV^e séance, 13 novembre 1904, à Cologne.

Compte rendu par MENIER (de Figeac).

Présentation d'un appareil de cathétérisme pour les malades atteints d'une affection de l'oreille, par NEUENBORN. — L'appareil comprend un réservoir d'air, une pompe, un manomètre et une sou-

pape régulatrice. L'air est comprimé par l'eau sous pression. On peut ainsi faire passer un courant continu d'air et à pression réglable.

Anesthésie au chlorure d'éthyle dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles, par NEUENBORN. — Le chlorure d'éthyle, après mise en place d'un ouvre-bouche, est versé sur un masque à chloroforme; la dose varie de 0.50 centigr. à 10 gr., suivant l'âge. L'anesthésie a lieu au bout d'une demi-minute à une minute et quart; sa durée suffit pour les petites interventions (adénotomie, paracentèse). Pas de période d'excitation; il n'y a pas non plus les inconvénients des autres anesthésiques.

HOPMANN recommande une anesthésie chloroformique très légère. KRONENBERG, de Solingen, vante la narcose à l'éther sous forme de ce qu'on appelle « première ivresse ». On emploie 20 gr. environ. Les réflexes laryngiens et pharyngiens sont conservés. Pas de suites désagréables.

REINHARD, de Duisburg, emploie pour la paracentèse la cocaïne, adrénaline, menthol, acide phénique, mélangés à parties égales. Le mélange est appliqué sur la région à inciser, à l'aide d'un tampon. L'acide phénique détruit la couche épidermique du tympan et les analgésiques sont plus vite résorbés. Éviter de toucher les parois du conduit avec le mélange.

LÖWENSTEIN, d'Elberfeld, est d'avis que, pour les petites interventions, il vaut mieux se passer d'anesthésie. La narcose, en position debout, est surtout dangereuse : on lui doit plusieurs cas de mort. Pour les grandes opérations, il est préférable de faire l'anesthésie avec l'oxygène-chloroforme.

PROEBSTING, de Wiesbaden, croit que dans le cas de mort, lorsque l'anesthésie est faite en position assise ou debout, il s'agit d'une action cardiaque, par compression des nerfs du cœur par l'abaissement de la langue qui presse sur la base de la langue.

Présentation de l'appareil de Saenger pour l'inhalation de liquides volatilisables, par MEISSEN, de Hohenhonnef.

Présentation d'une vessie réfrigérante pour la gorge, par LÖWENSTEIN. — L'appareil est absolument étanche et ne couvre que la moitié antérieure du cou.

Cas de corps étrangers du méat inférieur droit, par LÖWENSTEIN. — Il s'agit d'une canine dont la racine était tournée vers l'antre d'Highmore. Elle avait amené l'obstruction de la fosse nasale, des granulations et une forte hypertrophie de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Le sujet avait perdu diverses dents du maxillaire supérieur.

HIRSCHMANN, de Colognè, rappelle le cas qu'il a déjà communiqué, d'une incisive qui, après un traumatisme, avait pénétré dans le nez et provoquait (peut-être par compression du cornet inférieur) des accès épileptiformes qui disparurent après extraction.

Les papillomes de la trachée, par GOLDSCHMIDT d'Aix-la-Chapelle. — Chez un malade de 44 ans, il y eut de la dyspnée et des phénomènes de sténose dus à un papillome du larynx du volume d'un haricot et à de nombreux papillomes des parties profondes de la trachée. Opération de Killian.

Larynx enlevé pour cancer à épithélium pavimenteux, par LITTAUER, de Düren. — La trachée sectionnée transversalement fut suturée en avant; le larynx et le segment supérieur de l'œsophage, lequel était pris dans la tumeur, furent enlevés *in toto*. On sutura ensemble le pharynx et le bout de l'œsophage. Depuis l'opération (sept mois), le malade a gagné 9 kilogr. 500, n'a pas de dysphagie et peut exercer sa profession.

II. — BIBLIOGRAPHIE

I. — L'amoindrissement du pouvoir vocal chez les chanteurs, les professionnels de la parole, les militaires. par Théodore FLATAU, de Berlin. Charlottenburg, 1905, chez Bürckner.

L'amoindrissement du pouvoir vocal, sans lésions matérielles appréciables, commence à préoccuper vivement les spécialistes. En France, sous l'impulsion de l'école de la Salpêtrière, on attribue généralement à des troubles nerveux, d'ordre plus ou moins neurasthénique, les phénomènes observés. C'est l'avis de Castex, c'est l'opinion que nous avons aussi soutenue dans plusieurs publications¹, en nous basant sur l'hérédité, le rôle souvent très efficace des émotions violentes, les améliorations et les aggravations subites sans grand motif. Mais l'affaiblissement du pouvoir vocal reconnaît-il toujours cette pathogénie? Nous en avons douté pour notre part; il nous a semblé que, dans bien des cas, l'épuisement fonctionnel entraînait en jeu, comme dans la crampe des écrivains, des pianistes, des téléphonistes. Cette dernière opinion est celle de notre éminent confrère, le docteur Flatau, de Berlin, qui se montre peut-être un peu exclusif dans l'étiologie qu'il assigne à l'affection. Pour lui, le surmenage quantitatif et qualitatif est la grande, l'unique cause de l'affection; il serait superflu de parler d'hystérie, de névropathie, comme le font encore la majorité des praticiens. Flatau pense, et c'est bien notre avis, que ces troubles vocaux sont bien plus fréquents, bien plus graves qu'on ne le croit généralement. Ils peuvent briser à tout jamais la carrière la plus brillante et leurs méfaits sont loin de se borner aux chanteurs; ils atteignent également les professionnels de la parole, et même les officiers, les contre-maîtres, les surveillants, tous ceux, en un mot, qui doivent donner à de nombreux subordonnés des commandements fréquents et distincts, c'est-à-dire prononcés à voix haute et bien timbrée. Pour mieux fixer les idées, Flatau donne à l'ensemble de ces troubles morbides si particuliers le nom de phonasthénie, dénomination claire et expressive qui sera très vraisemblablement adoptée à l'avenir. Il montre que, suivant que le malade exerce telle ou telle profession, le mal prend une allure un peu spéciale, de telle sorte qu'il y aurait la variété propre aux officiers en service actif, la variété qu'on remarque chez les professionnels de la parole et la variété qu'on observe chez les chanteurs. L'émission de la voix, sa conduite sont profondément différentes chez ces différentes catégories de profession-

1. Dysphonie fonctionnelle au cours de la syphilis (*France médicale*, déc. 1899), et Déterminations neurasthéniques laryngées (*Tribune médicale*, févr. 1900).

nels; par conséquent les perturbations observées ne peuvent pas être tout à fait les mêmes. Les trois observations suivantes illustrent bien les faits cliniques tels qu'ils se présentent.

D..., bien portant, taille élevée, lieutenant, commençait à ressentir une certaine douleur laryngée quand il commandait aux soldats, dès son entrée à l'école des Cadets. Il n'en parla pas, de peur que cela fit concevoir des doutes sur l'intégrité de son organisme. Au régiment, ce fut bien pire. Il lui fallait toute son énergie pour résister à la douleur que lui causait l'émission des commandements à haute et intelligible voix; à la suite de ces épreuves si pénibles, il tombait dans une dépression profonde. Peu à peu ces souffrances s'irradiaient dans les épaules, la nuque et le derrière de la tête. Une cure à Ems, un traitement laryngé par les inhalations et les badigeonnages, les douches nasales avec l'eau de Saltzbrün restèrent sans effet. Au repos, quand il n'était pas obligé de donner à sa voix une intensité spéciale, cela allait parfaitement bien; mais tous les troubles recommençaient quand il était obligé de commander; il est donc devenu incapable de remplir ses devoirs d'officier.

Le professeur G..., 26 ans, est d'une excellente constitution et bien portant. Il a beaucoup chanté pendant son séjour à l'école préparatoire des instituteurs. Il a été chargé d'une classe fort nombreuse et très fatigante à tous égards; de plus, il chantait à l'église. Depuis quelque temps, douleurs cervicales au-devant du cou avec brûlure dans la gorge. Une place moins fatigante n'amène pas l'amélioration désirée. Chaque fois qu'il enseigne, les souffrances s'exaspèrent; il tombe alors dans une dépression et une mélancolie profondes. Il a eu recours plusieurs fois à des spécialistes. L'un lui a parlé d'épaississement des cordes et l'a traité par des cautérisations; l'autre d'un catarrhe, etc. Rien n'a réussi. On lui a proposé d'enlever certaines tumeurs adénoïdiennes de la gorge qu'on a détruites par l'électrolyse, mais sans aucun profit. A l'examen laryngé, on constate l'intégrité absolue du larynx.

M^{lle} Q..., 23 ans, bien portante et d'une constitution excellente. Précoces dispositions pour le chant, dès l'âge de 7 ans. A l'âge de 13 ans, ses dons sont si accusés qu'ils promettent de faire de cette jeune fille une excellente cantatrice. Toujours la première à l'école pour le chant. A 17 ans, elle entre dans un conservatoire renommé, mais dès les premiers mois, elle ressent, quand elle chante, une douleur violente à la gorge avec troubles vocaux marqués. Une maîtresse de chant nouvelle améliore l'état morbide en ménageant davantage cette élève. Elle entre ensuite à un institut musical de la ville; mais la dureté des exercices vocaux ramène tous les accidents et même les exaspère. Elle se décide alors à prendre un an de repos. Mais, quand elle recommence, elle est prise des mêmes troubles vocaux et des mêmes symptômes douloureux. Elle a subi plusieurs fois, mais en vain, des traitements laryngés tels que cure à Ems et à Reichenhall, inhalations, badigeonnages, galvanocaustie des cornets. Dans la conversation, la voix n'offre aucune perturbation appréciable. La

malade est moralement très déprimée et croit sa carrière définitivement brisée.

Ici, il s'agit évidemment d'un simple *trouble de coordination*; mais comme la pachydermie des cordes vocales produit assez souvent des troubles analogues, un examen laryngoscopique très attentif pourra seul enlever tous les doutes. Cet épaissement des cordes vocales serait d'ailleurs parfois l'aboutissant des irritations locales qui ont produit d'abord de la phonasthénie. Souvent il y a aussi chez ces malades des rougeurs linéaires des cordes ou même de petits dépôts de mucus. C'est à tort qu'on se préoccuperait de ces petites lésions secondaires et qu'on s'acharnerait sur elles au lieu de combattre la phonasthénie qui est l'élément principal. Les malades, désespérés par leur affection, se donnant à eux-mêmes des explications plus ou moins ingénieuses, racontent d'abord leurs sensations d'une façon confuse et bien souvent imaginative; mais un interrogatoire calme et méthodique les ramène bientôt à la vérité des choses.

Voici, suivant l'auteur, les symptômes *subjectifs* qu'ils éprouvent. Le fait capital est qu'ils ressentent de la gêne et de la douleur pendant un acte qui autrefois s'opérait sans souffrance, de telle sorte qu'ils ne peuvent plus l'effectuer aussi bien et aussi longtemps qu'autrefois. Les officiers en train de commander sentent que leur voix ne sort plus bien et s'étrangle pour ainsi dire dans leur gorge; il leur paraît qu'elle est devenue plus faible, en quelque sorte diminuée. Les chanteurs font à ce sujet la même remarque; il leur semble que leur larynx a perdu de sa portée. Les professionnels de la voix s'aperçoivent aussi que l'émission de la parole ne se fait plus avec la plénitude et la force d'autrefois. La sensation de diminution de portée de l'organe et d'intensité de la voix est donc un phénomène général chez les professionnels des trois catégories précédemment indiquées. Les chanteurs sont très affirmatifs sur la perte qu'a subie leur registre vocal; ils indiquent d'une façon très précise les notes qu'ils n'ont plus, et cela surtout pour la voix de fausset et la voix mixte. Tous ces malades, notamment les chanteurs, renseignent assez nettement sur le début des symptômes; mais ils se trompent cependant en général sur la date exacte des accidents morbides. En les interrogeant habilement sur certains détails techniques, ils en conviennent eux-mêmes, comme si des écailles tombaient de leurs yeux. Ils reconnaissent alors qu'ils étaient malades depuis bien plus longtemps qu'ils ne le pensaient. Ils commettent aussi des erreurs sur les sons qui, suivant eux, sortent mal. On pourrait supposer, à leur dire, que ceux-ci sont en nombre assez limité. En réalité, celui-ci est bien plus élevé; on peut dire que les troubles d'intonation sont pour ainsi dire généralisés plus ou moins à tous les sons. Des fautes de timbre, des fautes de fusion des sons, même assez grossières, échappent souvent à l'appréciation des patients.

L'évolution des symptômes est lente et le début, obscur et pro-

gressif. Ce seraient évidemment des perturbations dues à l'irritation et au surmenage. Les troubles de la sensibilité occupent une place importante dans le tableau morbide. Il y a hyperesthésie, paresthésie, dysesthésie, aboutissant à l'hypophonie et à la phonophobie. L'exagération de la sensibilité et la sensibilité pervertie constituent un ensemble de symptômes assez obscurs qui n'est que l'exagération des sensations normales laryngées que l'on perçoit au moment de l'émission de la voix lorsque l'attention est portée là-dessus. C'est ainsi que les malades sentent d'abord plus nettement l'existence de leur cou; puis cette sensation, intermittente d'abord, tend à devenir continue, faisant croire à l'existence de quelques lésions de mauvaise nature, par exemple cancéreuse. C'est alors que surviennent des réflexes locaux de défense et des réflexes à distance. La sensibilité du gosier, du cavum, de la luette, parfois des parties antérieures du nez, peut être accrue, notamment celle des os propres du nez. C'est tantôt un sentiment de compression dans les parties atteintes, en particulier au cou, tantôt des tiraillements, des piqûres, des démangeaisons, des brûlures qui peuvent exister parfois également dans la région sternale. La sensation de globe (hystérique) appartient plutôt à la classe des paresthésies. On sait que le siège de celui-ci semble se déplacer, remonter, descendre, etc. La sensation de compression peut se montrer aussi sur le dos du nez faisant croire à une maladie nasale. La sécheresse est un phénomène franchement paresthésique; l'intégrité de la muqueuse montre bien la nature subjective de ce trouble morbide. Il ne se produit souvent que dans certaines positions et pendant l'émission de certains sons. Souvent aussi il semble qu'un crachat vient troubler la formation de ceux-ci; cependant l'examen au miroir démontre qu'il n'y a pas trace de sécrétion. La douleur phonasthénique est un phénomène qui alarme beaucoup les individus qui en sont atteints; d'abord intermittente, elle tend à devenir continue, mais plus sourde quand l'organe est au repos. En outre de son siège habituel à la partie antérieure du cou, elle peut s'irradier à la région sternale, aux épaules, à la nuque, au derrière de la tête, au nez, etc. Elle peut avoir un caractère rongeant et térébrant comme dans les rages de dent, tantôt celle d'un éclair qui va et qui vient. Bilatérale d'ordinaire, elle est parfois unilatérale. La douleur n'est pas toujours aussi modérée qu'on l'a cru jusqu'ici. Flatau a vu celle-ci être si vive que certains malades se décidaient non seulement à quitter leur profession, mais à garder le mutisme tant l'émission de la parole leur devenait pénible. Les observations de quelques professeurs, qu'il cite à ce sujet, sont tout à fait caractéristiques (p. 20-25). Un autre symptôme très pénible est une démangeaison insupportable, qui quelquefois se fait sentir dans l'oreille.

Comme *phénomènes objectifs*, il faut noter l'aspect douloureux et

1. Parfois, il y a une véritable aphonie, comme nous l'avons encore récemment observé chez un élève du Conservatoire.

caractéristique de la physionomie, au moment d'une émission douloureuse des sons, le cou tendu; souvent même les malades compriment la partie antérieure de celui-ci, prétendant que cela les soulage; certains promènent le bout de la langue çà et là dans la gorge. Un chanteur savait même faire pénétrer la pointe de la langue dans son cavum. Il peut y avoir de la toux et même du gonflement phonasthéniques (voir observations 9 et 10). Quant aux renseignements fournis par le laryngoscope, trois alternatives peuvent se rencontrer suivant Flatau, c'est-à-dire absence de toute anomalie, ou existence d'anomalies dans les mouvements et l'aspect de la glotte qui, cependant n'ont rien de caractéristique, ou enfin anomalies dans le mouvement et l'aspect de la glotte, que l'expérience clinique permet de rattacher à la phonasthénie.

Les phénomènes morbides à noter du côté du nez sont surtout la rhinite et les déviations du septum, lésions banales tant elles sont fréquentes et dont la coïncidence avec la phonasthénie fait qu'on leur prête une importance exagérée. Un très grand nombre des cas de cette affection s'accompagnent donc de lésions nasales; on s'efforce de guérir celles-ci et de procurer un libre passage à l'air, mais les troubles vocaux n'en sont nullement modifiés par la suite. Même résultat négatif quand il y a coïncidence d'une hyperplasie quelconque des tonsilles. Du reste, beaucoup d'excellents chanteurs ont toutes ces malformations ou ces lésions nasales ou pharyngées et cela ne les gêne en rien dans l'exercice de leur profession. Comme on le voit, Flatau exclut toute pathologie réflexe d'origine nasale ou gutturale. On pourrait lui répondre qu'il faut, pour que ces lésions agissent, un terrain nerveux spécial; mais alors comment expliquer que ces névropathes ne sont nullement améliorés quand la cause nasale ou gutturale hypothétique a disparu? Les nodules des chanteurs ne trouvent pas davantage grâce devant l'auteur qui fait remarquer combien ces lésions des cordes sont fréquentes et de pathogénie multiple. Ces nodules ne seraient une cause de trouble apparent que quand il y a une inflammation concomitante. Leur ablation ne déterminerait rien de favorable chez les phonasthéniques; souvent même elle empirerait la situation par l'irritation qu'elle a déterminée sur les cordes vocales.

Les constatations laryngoscopiques suivantes, quand elles existent, sont au contraire le fait de la phonasthénie. C'est d'abord une certaine asymétrie par position vicieuse d'un des cartilages aryténoïdes; ou bien il peut y avoir une sorte de gonflement au niveau de l'apophyse vocale, simulant assez bien de la pachydermie; il existe parfois aussi de l'épaississement et de la rougeur des parois de la glotte respiratoire. Fréquemment on constate l'existence d'un dépôt de mucus concrété. Ces faits sembleraient prouver qu'il s'agit, dans ces cas de phonasthénie, de phénomènes engendrés par les altérations laryngées susnommées, et cependant il n'en est rien. En réalité, ces lésions ne sont pas primitives mais *secondaires*. Flatau a pu s'en convaincre après avoir partagé l'opinion contraire

pendant de longues années. Chez un chanteur célèbre qui avait perdu sa voix, il y avait pachydermie apparente, gonflement de la glotte respiratoire et de la paroi postérieure du larynx, déplacement d'un des cartilages aryténoïdes en situation transversale, dépôt de mucus concrété. Cependant l'affection, qui avait résisté à tous les traitements laryngologiques usités en pareille circonstance, céda assez rapidement à une gymnastique raisonnée de la voix. En même temps les lésions locales disparaissaient sans qu'aucun traitement eût été dirigé contre elles. Il n'y eut plus ni hyperémie, ni hypersécrétion, ni tuméfaction, ni même phénomènes apparents de pachydermie, et cela au grand étonnement de Flatau. Depuis, ce dernier a vu assez souvent des cas semblables, et il put se convaincre amplement que la phonasthénie ne dépendait point du tout des changements mentionnés plus haut dans la structure de la muqueuse laryngée.

Les troubles de la motilité des cordes observés chez les malades sont surtout des situations asymétriques des cordes, des tensions inégales par rapport aux deux côtés ou dans l'étendue de chacune de celles-ci. Il y a tension compensatrice des muscles accessoires, mais ceci ne suffit pas à amener une émission vocale parfaite. Cette impuissance compensatrice s'accroissant, les phénomènes d'insuffisance du côté de l'émission vocale s'exagèrent de plus en plus.

Cette motilité ainsi incoordonnée et insuffisante aboutit à des changements très apparents dans les qualités de la voix, notamment dans le timbre et dans l'intonation. En faisant parler, commander ou chanter, suivant la profession qu'exerce le malade, le laryngologue exercé se rend rapidement compte des désordres survenus du côté de la phonation. Il apprécie vite l'excès d'action dans certains endroits, la diminution notable de celle-ci en d'autres points, action qui finit trop rapidement ici et se prolonge trop là bas. Il note les excursions exagérées de la saillie thyroïdienne qu'on observe si souvent chez les malades, la respiration presque convulsive et souvent bruyante, l'aspect spécial des lèvres et de l'ouverture buccale qu'elles circonscrivent, soit qu'il y ait diminution dans l'activité des lèvres ou au contraire augmentation de celle-ci, ainsi que cela se produit chez quelques chanteurs. On peut reconnaître ainsi, pendant que le malade se livre à ces exercices vocaux, si certaines voyelles sont mal émises, etc. Souvent on remarque des poses involontaires de la voix pendant le chant. La tenue vocale s'effectue mal, le son montant et descendant, d'où un effet saccadé caractéristique. Pour apprécier tous ces troubles vocaux à son aise, Flatau pense que l'emploi du phonographe est tout indiqué : on évite ainsi les défaillances de la mémoire et les fausses interprétations qui s'en suivent. En même temps, il inscrit les mouvements désordonnés du larynx avec l'appareil enregistreur dont il s'est précédemment servi avec Gutzmann. Les rayons de Röntgen permettent également d'étudier d'une façon très exacte et visuellement sur le vivant les mouvements divers exécutés par le larynx et le voile. Quant à l'emploi du miroir, les

déplacements des cordes sont rendus plus nets quand on éclaire la cavité de l'organe à l'aide de la transillumination, par exemple avec une lampe de Nerst. Puis, vient l'électro-diagnostic longuement exposé par l'auteur avec recherche de la compensation active et passive des troubles observés. Il note par exemple ce que donne le relâchement ou la compression mécanique de telle ou telle partie de l'organe et voit si l'intonation est corrigée. Ainsi, dans un cas, il est allé jusqu'à introduire le doigt jusqu'à la base de l'épiglotte à travers la bouche et à refouler fortement en bas les parties molles. Il a remarqué que cette pression améliorerait l'émission de la voix.

Le traitement, trop technique pour que nous puissions l'exposer dans cette analyse déjà longue, consiste à rétablir la coordination par une gymnastique appropriée, surveillée à l'aide d'instruments de contrôle et ceci sans traitement nerveux et bien entendu aussi sans traitement local laryngé.

C. CHAUVEAU

II. — Maladies des voies respiratoires supérieures, maladies du nez, par CHIARI, professeur à l'Université de Vienne; édition française avec annotations, par BREYRE, assistant à l'Université de Liège. Liège, chez Desoer, et Paris, chez Bailière, 1905, in-8° de 340 pages.

L'excellent ouvrage de Chiari sur les maladies du nez est devenu, grâce à un assistant distingué de l'Université de Liège, le docteur Breyre, accessible à ceux de nos compatriotes qui ignorent la langue allemande. La traduction est non seulement élégante, mais d'une fidélité absolue; la pensée de l'auteur est rendue dans toutes ses nuances, elle n'est jamais trahie. De plus, elle est enrichie d'une remarquable préface du professeur Schiffers, où nous trouvons émises bien des idées qui nous sont chères : nécessité de ne se spécialiser qu'après de fortes études médicales, utilité d'une préparation littéraire autant que scientifique qui assouplit le cerveau, lui permet de concevoir tous les aspects d'une question et d'exprimer simplement et nettement le fond de sa pensée en lui rendant en même temps tout naturel l'usage d'une terminologie claire et précise. « Il est regrettable, dit Schiffers, qu'il n'y ait pas plus de précision dans les termes sur l'indication du siège des lésions; ce qui apporte inévitablement de la confusion dans la relation des observations cliniques et aussi dans les discussions dont elles sont quelquefois l'objet au sein des sociétés savantes.... N'en déplaise aux démolisseurs des études humanitaires qui seraient, d'après eux, absolument sans intérêt et sans profit pour le futur médecin, nous estimons, au contraire, qu'elles sont indispensables, et que sans elles il y aurait encore moins d'exactitude dans les termes et un laisser-aller tout à fait fantaisiste, qui permettrait de faire dire aux mots quelquefois le contraire de leur étymologie. » L'éminent professeur de Liège réclame des débutants une connaissance très exacte et très approfondie de l'anatomie et de la physiologie de l'organe dont ils désirent connaître les affec-

tions; celles-ci formant la base en quelque sorte de leurs futures études. Il ne dissimule pas non plus combien sont indispensables les notions que nous fournit la pathologie générale; il félicite le professeur Chiari de ne pas s'être isolé dans le champ trop étroit de la spécialité. « A n'en pas douter, chaque lecteur sera vite convaincu qu'il s'agit de l'œuvre d'un médecin, d'un vrai médecin, qui s'est spécialisé, nous ne disons pas qui est spécialiste, dans cette branche intéressante, la rhiniatrie. » Il rend pleine justice aux autodidactes tels que Chiari qui, avant d'exposer la science telle qu'elle est, ont dû la créer pour ainsi dire de toutes pièces, malgré les très grands obstacles qu'ils ont rencontrés sur leur route. « Tout faisait défaut à l'apprenti ou au chercheur : procédés d'investigation, méthodes de traitement les plus rudimentaires, notions d'anatomie et de pathologie. Ses études si complètes dans ce dernier domaine ont ouvert la voie et montré qu'il existait dans cette région de nombreuses affections susceptibles d'un diagnostic précis, et justiciables d'une thérapeutique médicale ou chirurgicale rationnelles. » C'est grâce aux méthodes de plus en plus perfectionnées d'exploration physique que la plupart de ces progrès se sont accomplis; car ici, comme dans bien d'autres points de l'organisme, la réaction symptomatique est le plus souvent confuse et en tout cas insuffisante pour assurer le diagnostic. Aussi, tout ce qui a trait à la rhinoscopie (antérieure, moyenne, postérieure) a été exposé par Chiari avec un soin extrême et tous les développements nécessaires. Le nez étant très difficile à éclairer intérieurement, il réclame pour le moins la lumière à incandescence Auer ou mieux encore les réflecteurs munis d'une petite lampe électrique à incandescence tels que ceux de Roth et de Clar. Dans le chapitre consacré à la thérapeutique générale, il rejette les injections et la douche nasale, dans la plupart des cas, à cause des complications auriculaires que trop souvent ces lavages provoquent. Suivant lui, le nez est aussi « hydrophobe » que l'oreille; il ne faut recourir aux injections que quand il y a indication formelle telle qu'une « accumulation considérable de pus, de sang, de fausses membranes, de champignons, de larves d'insectes, de mucus desséché, de productions croûteuses, surtout dans un nez élargi, lorsque ces masses ne se laissent enlever par aucun autre moyen. » Il ne veut pas de ces incessantes cautérisations qui irritent la muqueuse nasale, transforment défavorablement son épithélium, font disparaître un tissu caverneux indispensable et réveillent les réflexes. Il répugne aussi à l'abus des astringents et surtout des caustiques, dont l'action phlegmasique n'est que trop souvent constatée. Souvent l'électrolyse donnerait d'assez bons résultats dans les tumeurs tels que les polypes naso-pharyngiens et, employée à temps, elle permettrait d'agir par les voies naturelles. Les chapitres consacrés à la nosologie proprement dite sont des plus intéressants à lire parce qu'ils émanent d'un clinicien dont la pratique est fort longue et dont la vaste expérience lui permet d'émettre une opinion autorisée sur bien des points encore douteux. Nous ne pouvons entrer dans des détails bien cir-

constanciés, puisque l'ouvrage de Chiari remonte déjà à quelques années; disons cependant qu'il se montre réservé sur le nombre, la fréquence et l'étendue des névroses nasales dont on avait si abusé il n'y a pas bien longtemps. A propos des polypes mous, rappelant ses travaux de 1883, il continue à soutenir avec raison qu'il s'agit d'une simple hypertrophie partielle de la muqueuse, devenue pédiculée sous l'influence d'une infiltration œdémateuse. Pour l'ozène, il distingue une forme idiopathique bien distincte de l'ozène syphilitique et de l'ozène des sinusites; et bien qu'il fasse jouer un rôle important à la bactériologie, il n'oublie pas l'influence du terrain. Il ne croit pas à un premier stade hypertrophique; on serait trompé par la facilité qu'on a à observer le cornet moyen sur une plus large surface et aussi par l'atrophie souvent prémonitoire du squelette, sur lequel la muqueuse, devenue trop large, fait des sortes de bourrelets. Les envahissements pharyngés et laryngo-bronchiques sont mentionnés très complètement et, à ce sujet, Breyre soutient dans une note, comme nous, que ces manifestations extra-nasales de l'ozène prouvent bien que cette affection n'est pas simplement le fait d'une sinusite, comme on l'a dit. Nous recommandons aussi au lecteur de lire attentivement ce que l'auteur a écrit à propos des hémorragies nasales; la question est traitée d'une façon à la fois très clinique et très moderne. C'est de cette double tendance que s'est inspiré également Chiari dans le chapitre qui a trait aux rhinites infectieuses secondaires des fièvres exanthématiques, de la diphthérie, de l'érysipèle, de la syphilis. A propos de cette dernière, il mentionne ses propres recherches sur l'infiltration gommeuse diffuse, opposant cette forme à l'infiltration circonscrite plus fréquente. Ce qu'il dit du sclérome permettra aux lecteurs français de se faire une idée juste de cette affection heureusement encore exotique.

C. CHAUVÉAU.

III. — Mesure de développement de l'audition, par MARAGE, chez l'auteur. Paris, 1905.

Cette brochure de 115 pages in-8° est la reproduction, en grande partie, de travaux déjà parus, notamment dans les *Archives internationales de laryngologie*; mais, réunis ainsi, ces travaux sont d'un accès plus commode. D'ailleurs ils ont été complétés par l'auteur sur un certain nombre de points. A la suite d'une série d'expériences fort délicates, Marage pense être arrivé à doter notre spécialité d'un accoumètre à la fois pratique et d'une rigueur scientifique suffisante. Sans pouvoir déterminer dans des conditions parfaites toutes les vibrations par lesquelles le nerf acoustique est impressionné, il se rapproche beaucoup plus que les précédents de la voix humaine; ce qui est un notable progrès parce que les sourds perçoivent beaucoup mieux les sons musicaux que les éléments d'une conversation. Ce fait dépend en grande partie du caractère très complexe de la parole qui est constituée, comme on le sait, par des sons musicaux

véritables provenant du larynx et de bruits additionnels engendrés par les résonateurs sus-laryngiens. L'auteur, pour faciliter la perception chez les sourds et la simplifier en même temps, élimine ces derniers lorsqu'il veut produire une voyelle telle que OU, O, A, E, I, dont il ne conserve plus que les vibrations fondamentales (voir sa communication à l'Institut sur la synthèse des voyelles). Dans ce but, il a construit un appareil qu'il dénomme sirène à voyelles, d'une construction un peu compliquée, mais, en somme, d'un maniement assez facile après un peu d'exercice. L'intensité de son de celle-ci serait proportionnelle à la pression de l'air qui traverse l'instrument (Rôle de la chaîne des osselets dans l'audition. Académie de médecine, 1900). Pour se servir de cet acoumètre, on observera la méthode suivante. L'oreille à examiner doit être placée à une distance constante et invariable pour pouvoir comparer les résultats obtenus. Grâce à une augmentation de pression, mesurée au moyen d'un manomètre métallique gradué en millimètres d'eau, c'est-à-dire très sensible, on obtient rigoureusement, à une cote fixée, le son désiré. Pour se rendre compte de l'état exact de l'audition, Marage indique un graphique ingénieux. Sur une feuille de papier, il inscrit les voyelles OU, O, A, E, I. Au-dessous de chacune d'elles se trouve une échelle numérique verticale, allant de 0 à 400 millimètres de pression. C'est sur cette ligne qu'on porte la pression qu'il a fallu, mesurée en millimètres d'eau par le manomètre, pour rendre la voyelle perceptible. On réunit les cinq points où sont consignés ces résultats et on obtient des courbes. Or, suivant lui, la forme du tracé permet de reconnaître la nature de la lésion. Ainsi, une otite catarrhale moyenne détermine une courbe en U renversé. S'il y a otite scléreuse pure, la courbe prend la forme d'un A. Les lésions du labyrinthe se caractériseraient également par des courbes plus compliquées que les précédentes, plus multiples, mais d'un aspect typique en somme. Dans la surdi-mutité sans lésions de la caisse, on observerait, de plus, de nombreux trous tout à fait caractéristiques. Si la solution de continuité existe pour OU, la voyelle la moins sonore perçue, le cas serait très mauvais (Communication à l'Académie des sciences, octobre 1905).

« On voit, dit Marage, l'utilité de ces tracés, puisqu'ils nous permettent non seulement de diagnostiquer le siège de la lésion, mais encore de pronostiquer les résultats du traitement. »

Ces recherches n'ont pas seulement une valeur de diagnostic et de pronostic; car elles ont amené l'auteur à les utiliser dans la thérapie physique de la surdité et de la surdi-mutité. Après Urbantschisch, après Bezold, il a reconnu que cette triste infirmité pouvait être palliée en quelque sorte par des exercices auditifs qui utilisent au mieux des malades les restes d'audition. Mais au lieu de l'harmonica (Urbantschisch), des diapasons et des sifflets (Bezold), Marage se sert de sa sirène à voyelles qui, reproduisant les sons musicaux fondamentaux des voyelles, moins les bruits accessoires des résonateurs sus-laryngés, a les mêmes avantages de perception

aisée que les précédents instruments de musique, tout en se rapprochant plus des sons émis dans la conversation. Par leur caractère musical, les sons produits par la sirène à voyelles sont bien mieux perçus, d'autre part, que les voyelles émises par un professeur de sourds et muets, quelque distincte que soit l'élocution, parce qu'ici le bruit des résonateurs sus-laryngiens influence défavorablement l'audition. Aussi ne devra-t-on pas s'étonner de voir faire la remarque suivante (p. 103) à propos de deux jeunes sujets, très améliorés en peu de temps par la méthode de Marage. « Ces deux observations montrent que la sirène à voyelles agit comme la voix nue, avec cet avantage que la sirène à voyelles a donné en deux mois et sans aucune fatigue les résultats qu'un professeur mettrait plusieurs années à obtenir avec la voix et en se donnant une peine énorme. » Rappelons qu'avec cet acoumètre, comme dans toutes les sirènes, il faut, pour obtenir une tonalité quelconque, tourner l'instrument de plus en plus vite.

Chaque semaine on mesure, comme on l'avait fait en commençant, l'acuité auditive pour les cinq voyelles, et les résultats sont inscrits sur une feuille de papier ou mieux une carte consacrée *ad hoc*. On peut se rendre ainsi compte des progrès obtenus.

De nombreuses observations semblent prouver que les malades retirent un réel bénéfice de l'emploi persévérant de la sirène à voyelles, puisque tous les patients sont parvenus à percevoir les sons musicaux. Il n'en a pas été de même bien entendu pour la parole; mais le bénéfice est néanmoins notable, puisque sur vingt-six observations de surdi-mutité, il n'y a eu que 46 % d'insuccès.

Ce véritable massage vibratoire ne déterminerait aucune réaction nuisible, ne donnerait pas naissance à des bourdonnements et ne serait jamais douloureux. Marage aurait obtenu des résultats favorables même dans des cas de vieilles otites scléreuses; ces bons effets se seraient maintenus grâce à une pratique constante de la sirène à voyelles.

C. CHAUVÉAU.

IV. — Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes, par SUAREZ, de Mendoza. Paris, 1906, chez Baillière.

Cet ouvrage est destiné à vulgariser, chez les praticiens exerçant la médecine générale, les connaissances que possèdent actuellement les spécialistes sur les végétations adénoïdes. A mesure qu'on avance davantage dans leur étude, on peut se convaincre de plus en plus des très gros inconvénients que comporte la présence de ces hypertrophies adénoïdiennes. A la suppression de la respiration nasale, aux déformations squelettiques, aux troubles intellectuels, aux perturbations nutritives, aux complications auriculaires viennent s'ajouter des infections, d'abord locales, mais qui font bientôt sentir leur influence désastreuse sur tout l'organisme. Gallois, d'Astros, Gastou ont soutenu que l'aspect scrofuleux était bien souvent le résultat de poussées d'adénoïdite; et il semble bien que c'est à ces infections qu'il faille attri-

buer une grande partie des soi-disant fièvres de croissance. On a soutenu, d'autre part, en Allemagne, que les adénoïdiens contractaient plus facilement la rougeole, la scarlatine, la diphtérie. Quelles que soient les occupations multiples, les difficultés de l'existence qui assaillent les confrères auxquels nous faisons allusion plus haut, ils n'ont plus le droit actuellement de se désintéresser d'une question aussi importante. Ce serait agir contre leur propre intérêt et celui des familles qui ont eu recours à eux. Mais ce qu'ils peuvent, par contre, réclamer des spécialistes, c'est un ouvrage sur la question, d'une lecture claire et facile renfermant tout l'essentiel des innombrables publications qui ont paru sur le sujet et qui soit conçu principalement au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Suarez de Mendoza, bien connu par ses travaux antérieurs, s'est donné cette peine et a parfaitement résumé l'état de la science à propos des végétations adénoïdes. Le professeur Duplay a ainsi fait ressortir, dans sa préface très élogieuse, les principales caractéristiques de cette intéressante monographie. « Tout en cherchant à bannir l'érudition de son travail. M. Suarez de Mendoza a cru nécessaire de résumer dans ces chapitres (étiologie, anatomie pathologique) les travaux essentiels parus sur ces questions, en rendant à César ce qui appartient à César, mais en utilisant chaque fois les données personnelles que lui a fournies sa longue expérience clinique.

« Le chapitre consacré à la symptomatologie est surtout exposé d'une façon magistrale et constitue l'étude la plus complète qui ait été faite jusqu'à présent.

« Après avoir établi une classification originale de toutes les manifestations morbides auxquelles peuvent donner lieu les végétations adénoïdes abandonnées à elles-mêmes, Suarez de Mendoza passe successivement en revue les symptômes chez l'enfant, chez l'adulte et chez le nourrisson.

« Les résultats si désastreux de la respiration buccale, antiphysiologique, due à l'obstruction nasale par les végétations adénoïdes, sont exposés avec force détails et de main de maître. L'auteur montre qu'un grand nombre d'enfants, bien doués, d'ailleurs, peuvent être atteints dans leur force vive, leur intelligence, leur mémoire, leur endurance au travail. Il dépeint d'une façon saisissante ces pauvres enfants à facies caractéristiques, chétifs, malingres, rabougris, proie facile à toutes les maladies infectieuses qui guettent cet âge, et guérissant dans la grande majorité des cas comme par enchantement, dès qu'on a fait disparaître la cause par une intervention opportune.

« Tout ce chapitre, où l'auteur fait ressortir avec une grande habileté les diverses complications des végétations adénoïdes, leur rôle néfaste au point de vue physiologique et pathologique, mérite d'être lu avec la plus grande attention, non seulement par les praticiens qu'il avait en vue en l'écrivant, mais aussi par les spécialistes qui, tous, y trouveront sûrement quelque chose à glaner.

« Les chapitres suivants, traitant du diagnostic du traitement médical et chirurgical, des complications opératoires, des résultats

post-opératoires immédiats et éloignés, etc., ne sont pas moins intéressants.

« Je signalerai notamment le chapitre où est exposé le traitement chirurgical, le seul rationnel et qui réunit aujourd'hui tous les suffrages. Dans la description de sa méthode mixte (emploi simultané des pinces et des curettes), on se rend très bien compte que l'auteur a eu pour principal objectif d'abrégé autant que possible les temps opératoires, de rendre l'opération pour ainsi dire instantanée.

« Il obtient ces desiderata par un choix judicieux de l'instrumentation tantôt créée, tantôt perfectionnée par lui, par la préparation rationnelle de l'acte opératoire, et surtout par l'anesthésie morale du malade, la seule qu'il emploie dans l'immense majorité des cas, non seulement comme il nous le dit, chez les petits enfants pauvres et partant endurants qui fréquentent la clinique, mais aussi dans la clientèle aisée, voire même chez ses propres enfants. »

C. CHAUVEAU.

V. — *Eléments et atlas des maladies des oreilles*, par G. BRÜHL. Deuxième édition augmentée et corrigée, Munich, chez Lehmann, 1905.

L'*Atlas manuel des maladies de l'oreille* des docteurs Brühl et Politzer, dans sa seconde édition allemande, vient d'être publié par le docteur Brühl, privat docent de l'Université de Berlin.

Une traduction française en avait été faite par le docteur Laurens, de Paris. Le même ouvrage fut aussi traduit en français et en russe.

Le professeur Politzer et son élève avaient condensé dans leur livre les notions de la vieille et de la nouvelle école d'otologie.

Le docteur Laurens, dans sa traduction, avait ajouté bien des articles sur la chirurgie otologique que sa compétence en la matière rendaient précieux. Aussi cette édition était la condensation de l'école de Vienne et de l'école française.

La nouvelle édition allemande a gagné quelque chose de son voyage en France; car une plus grande place a été donnée à la partie chirurgicale. La pathologie de l'oreille interne forme un large chapitre qui vient de s'ouvrir à la science otologique. L'auteur y a consacré de nombreuses pages et huit belles planches ajoutées à l'iconographie. Le texte est riche en figures et 80 planches nouvelles y sont intercalées. On remarquera, entre autres, deux bons schémas de l'innervation des oreilles interne et moyenne.

Ce petit manuel réunit d'une façon succincte toutes les notions nécessaires à la pratique de l'otologie.

Élève de Politzer, ayant appris avec lui l'art et la méthode d'enseigner, le docteur Brühl était plus que tout autre indiqué pour poursuivre l'œuvre didactique de ce maître incomparable.

Comme en littérature, en science l'œuvre reflète l'homme, et celui qui connaît ces deux auteurs n'est pas surpris de trouver dans leur ouvrage l'ordre, la méthode, la précision poussés jusqu'à la minutie, qualités que l'on ne saurait trop louer dans un manuel didactique. On

remarquera qu'en auteur consciencieux Brühl a voulu tenir son livre au courant de la chirurgie moderne. Lève de Vienne, il est un maître moderne.

LAFITE-DUPONT (de Bordeaux).

VI. — Hygiène de l'oreille, par HAUG, traduction française et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER. Paris, chez Baillière, 1905, brochure in-8° de 87 pages.

Ainsi que le font remarquer les traducteurs dans leur préface, de tout temps les médecins semblent s'être préoccupés de prévenir le développement des maladies. Esquissée dès la période grecque, cette tendance n'a fait que croître; actuellement le mouvement se précipite en quelque sorte, grâce aux heureuses conditions qu'elle rencontre aujourd'hui. L'étiologie a fait d'énormes progrès, et la connaissance des causes des maladies donne l'espoir scientifiquement justifié de pouvoir prévenir leur développement en écartant les facteurs morbides. Le sentiment de la solidarité humaine s'accusant de plus en plus, les maîtres les plus éminents n'ont point dédaigné de coopérer d'une façon aussi efficace que louable au bien de leurs semblables. De ce nombre est le professeur Haug, le spécialiste bien connu de l'école de Munich.

L'ouvrage actuel est la reproduction en quelque sorte des cours populaires qu'il a faits dans cette ville pendant les semestres d'hiver des années 1899-1901. « J'ai pu, dit-il, me convaincre qu'un public, appartenant aux classes sociales les plus diverses, peut s'intéresser très vivement et très fructueusement aux choses qui ont trait à l'hygiène de l'oreille. » Ce public n'avait pas été préparé cependant par son éducation antérieure à la compréhension de matières scientifiques qui passent souvent pour ardues aux yeux des professionnels. Toutefois il était intelligent, attentif, plein de bonne volonté et plein de confiance envers ces hommes de science qui ont déjà tant fait pour lui; la vie de tous les jours a été améliorée par tant de conquêtes merveilleuses qui sont leur œuvre. Son attente n'a point été déçue. Haug a su, par son exposition extrêmement lucide, sa bonhomie pleine d'attrait, la bienveillance qui perçait dans ses discours, maintenir l'attention et surmonter toutes les difficultés. Pénétré de son sujet qu'il connaissait véritablement à fond, il a su rendre clair ce qu'il savait si bien lui-même. Le succès fut tel qu'il se demanda s'il ne serait pas profitable d'élargir le cercle de ses auditeurs. C'est pourquoi il accueillit la demande des directeurs d'une encyclopédie d'hygiène populaire et écrivit pour eux un petit *Traité d'hygiène de l'oreille*. C'est pourquoi aussi il se montra favorable au désir de Chauveau et Menier, quand ceux-ci lui exprimèrent le désir de traduire en français cet ouvrage petit par le format, mais grand par les sentiments et les idées. La science et la philanthropie ne connaissent point de frontières; par nature elles s'adressent à l'humanité tout entière. Nous souhaitons que des traductions pareilles paraissent en anglais, en italien, en espa-

gnol, etc. Il s'agit, en effet, d'une œuvre de talent, qui rend facilement accessibles aux profanes des notions pratiques de grande importance, et qui mérite par conséquent d'être largement diffusée. Chauveau et Menier se sont efforcés de reproduire fidèlement non seulement le sens, mais encore l'allure littéraire du style qui rend la lecture de l'ouvrage de Haug si attachante et si peu fatigante. Qu'on ne s'y trompe pas cependant; il ne s'agit nullement ici d'une vulgarisation banale où on évite les obscurités, les passages difficiles, en les escamotant pour ainsi dire, où le sujet est brièvement et superficiellement traité. Ceci n'est point du tout la méthode de l'auteur qui a su demeurer très scientifique en même temps que très clair. Nous avons été même étonné de l'abondance surprenante de matériaux qu'on y trouve. On ne saurait traiter la question d'une façon plus complète. Après avoir fourni les notions indispensables sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil de l'audition et indiqué l'importance fondamentale de l'ouïe pour l'homme, Haug aborde successivement les problèmes suivants : Comment l'organe auditif devient malade, comment il faut soigner préventivement les régions supérieures des voies aériennes et digestives supérieures normales, comment protéger l'oreille au cours de leur l'état pathologique aigu et chronique. Un paragraphe spécial est consacré aux mesures prophylactiques qui conviennent à l'oreille externe. Puis, il s'occupe des lésions auditives d'ordre professionnel et conclut en donnant des conseils avisés sur le choix d'une profession. Après quelques notions générales sur la thérapeutique pratique de l'oreille, il signale quelques faits utiles sur la surdité héréditaire, sur la pratique des sports et notamment de la bicyclette, à propos des assurances sur la vie en cas de maladies de l'oreille. Il termine par quelques considérations générales sur la surdi-mutité acquise ou héréditaire, sa distribution géographique, son traitement et sa prophylaxie.

C. BASSIM.

VII. — Histoire des maladies du pharynx de 1800 à 1875, tome IV, par C. CHAUCHEAU. Paris, chez Baillière, 1905.

Après avoir hésité longtemps à donner aux précédents volumes de cet ouvrage leur complément en quelque sorte naturel, c'est-à-dire l'histoire de la pathologie pharyngée pendant les deux premiers tiers du XIX^e siècle, C. Chauveau s'est décidé à entreprendre cette tâche ardue, si l'on songe à l'intensité du mouvement scientifique pendant toute cette période. Sociétés savantes, périodiques, monographies, traités innombrables de nosologie en tous pays, en toutes langues, tel était le bilan tant soit peu effrayant de ses recherches. Un volume a paru qui sera incessamment suivi d'un second et celui-ci clôra l'œuvre d'une façon définitive. Actuellement l'étude des angines proprement dites est complètement terminée. A l'ampleur forcée des développements dans lesquels a dû entrer l'auteur, on comprend que l'abondante moisson de documents qu'il nous fournit n'aurait pas pu rentrer dans les historiques

des maladies de la gorge qu'on trouvera dans les volumes III et IV de son traité du pharynx. Une monographie s'imposait donc où il pût exposer à son aise les opinions, les théories, les querelles de doctrine dont les découvertes actuelles ont montré trop souvent l'inanité ou du moins le caractère incomplet. Mais, à côté d'hypothèses vieilles, que de remarques ingénieuses, que d'observations importantes, que de vues parfois géniales de la part de cliniciens éminents tels que Bretonneau, Chomel, Guersant, Blache, Rilliet et Barthez, Valleix, Trousseau, Lasèque, Gubler, Peter, Isambert, etc., qui ont fait la gloire de l'école française.

Le plan suivi est le même que précédemment. Une première partie renferme ce quel'écrivain appelle modestement les matériaux propres à éclairer le lecteur. Au lieu d'extraits qui auraient encombré inutilement, les ouvrages auxquels ils se rapportent étant désormais par leur date récente facilement accessibles, il s'est contenté d'analyses en général très complètes et très soignées; parfois certains paragraphes plus significatifs que les autres sont rapportés textuellement. Dans une seconde partie, qui sera beaucoup plus courte, les différentes entités morbides du pharynx seront étudiées, non d'après les auteurs et l'ordre chronologique, mais suivant les rubriques actuelles où leur description est reportée dans les traités de nosologie, c'est-à-dire d'après l'étiologie, les symptômes, la marche, le pronostic, le diagnostic, etc. Cette nouvelle façon d'envisager les choses est heureuse en ce qu'elle rend facilement accessible en peu de lignes une foule de renseignements qui se retiennent mieux sous cette forme condensée et bien ordonnée.

De la lecture de ce volume, il ressort que la pathologie pharyngée, bien qu'elle eût atteint au XVIII^e siècle un haut degré de développement, subit, dans les deux premiers tiers du XIX^e siècle, les modifications les plus profondes. Aux classifications basées sur une topographie rudimentaire ou sur des considérations de pathologie générale assez factices firent suite des divisions basées sur la clinique. C'est ainsi qu'on admit les angines herpétiques, rhumatismales, couenneuses vulgaires, diphtériques. L'angine érysipélateuse, l'angine gangreneuse, après avoir été niées à un certain moment, furent réintroduites dans le cadre nosologique, mais avec des conceptions pour ainsi dire toutes nouvelles. Les suppurations péri-amygdaliennes furent tirées de l'oubli, et la notion des abcès rétro-pharyngiens symptomatiques fut enfin complétée par celle des collections rétro-pharyngiennes idiopathiques ou plutôt dues à une phlegmasie gutturale. Même pour l'angine simple aiguë, où les modifications semblaient *a priori* devoir être moins profondes, les changements furent considérables. Les tonsilles deviennent le *locus minoris resistentiæ* concentrant la plupart des lésions primitives de l'isthme. On appuie davantage sur l'importance que présente la profondeur variable des altérations morbides et la distinction entre les phlegmasies superficielles et la phlegmasie profonde est regardée même comme capitale par certains auteurs allemands. Vidal de

Cassis introduit cette notion si commode pour le diagnostic des angines blanches (avec exsudat) et des angines rouges. La pharyngite du cavum et celle de la région laryngo-pharyngée tendent à être mieux connues; les progrès s'accroissent rapidement dès que le miroir entre dans la pratique médicale. Enfin l'appréciation plus exacte des phénomènes réactionnels tend à faire regarder dans bien des cas l'angine comme le résultat d'une maladie générale.

Le rôle le plus important, le plus décisif, revient certainement à l'école française, représentée surtout par les maîtres de Paris. Les Allemands insistent sur l'angine épiglottique, sur la distinction entre les angines superficielles (croupales) et interstitielles (diphthériques), sur l'angine œdémateuse, sur les inflammations du cavum, sur les complications auriculaires, mais ceci d'une façon assez tardive. Les Anglais, qui s'étaient si fort distingués en pathologie gutturale au cours du XVIII^e siècle, restent un peu en retard. Cependant ils apportent une contribution utile à l'angine rhumatismale, à l'angine granuleuse, à la question des abcès rétro-pharyngiens.

La diphthérie occupe la plus grande place de ce premier volume. C'est la plus importante en effet des maladies buccopharyngées et par sa fréquence, et par les dangers si sérieux qu'elle fait courir à l'organisme. C'est par la différenciation progressive des affections qui parfois la simulent, qu'on tire de l'amas confus des angines dites simples l'angine herpétique, certaines angines septiques, l'angine érysipélateuse, l'angine gangreneuse, le muguet, etc. Son étude transforme ainsi grandement le cadre de la nosologie pharyngée. Enfin son mode de transmission soulève les questions théoriques les plus hautes.

Signalons, avant de terminer, le chapitre des angines chroniques et principalement le paragraphe consacré à l'hypertrophie des amygdales. On verra comment une question qui paraissait épuisée se renouvèle et prit des développements tout à fait inattendus.

A. R. SALAMO.

III. — REVUE DES THÈSES

I. — Manifestations oculo-orbitaires des sinusites sphénoïdales, par Émile MOREAU (Thèse de Lyon, 1905).

Dans ce travail très important, l'auteur donne :

- 1° Un aperçu rapide des rapports anatomiques entre l'œil et la cavité sphénoïdale;
 - 2° Les symptômes rhinologiques de la sinusite;
 - 3° Les manifestations oculo-orbitaires qui comprennent les troubles fonctionnels, les troubles vasculaires, les troubles nerveux.
- Enfin il étudie les indications opératoires suivant les cas.

Tillaux disait que le sinus sphénoïdal n'apparaissait que vers 20 ans. Cette opinion a été reconnue inexacte par Dursy, Told et Zuckerkandl. Des cas de sinusite sphénoïdale chez l'enfant (Lévy, 2 ans 1/2; Knapp et Ortmann, 12 et 13 ans) ont confirmé cette dernière opinion.

D'une façon générale, les sinus sphénoïdaux, suivant la classification de Bertemès, adoptée par Stanculeanu, sont grands ou petits. Les grands ont des parois minces et les lésions retentissent davantage sur les organes voisins. Les petits, à parois épaisses, amènent moins de réaction. Il y a aussi des sinus de dimensions moyennes. A signaler, à propos de la paroi supérieure, la disposition indiquée plusieurs fois par Zuckerkandl, consistant dans l'interposition d'une cellule ethmoïdale supérieure entre le toit d'un sinus sphénoïdal et la face supérieure du corps du sphénoïde, d'où possibilité pour le nerf optique d'être lésé par une infection ethmoïdale, sans sinusite sphénoïdale concomitante. L'épaisseur de la paroi est de 1-2 mm avec parfois des déhiscences.

La paroi externe comprend deux régions : région antérieure orbitaire, région postérieure crânienne.

La participation orbitaire est notée par Bertemès dix-huit fois sur vingt-huit avec une longueur de 3-14 mm. Ces rapports sont les suivants : canal optique, fente sphénoïdale, la portion la plus élevée et la plus postérieure de la fosse ptérygo-maxillaire. Les rapports très intimes du canal optique avec le sinus sphénoïdal, la présence fréquente de nombreux pertuis vasculaires de communication, la possibilité de déhiscences expliquent bien la propagation directe d'une sinusite sphénoïdale aux enveloppes du nerf optique. Mais il y a un correctif : souvent l'épaisseur de cette paroi mesure dans les petits sinus 4 et 5 mm.

Les rapports du sinus sphénoïdal et du canal optique varient à droite et à gauche (Onodi, 1904).

a) Le canal optique peut être en connexion des deux côtés avec les cellules ethmoïdales supérieures;

b) Dans la majorité des cas, il est en rapport avec les cavités sphénoïdales;

c) Fréquemment, d'un côté, c'est une cellule ethmoïdale postérieure; de l'autre, un sinus sphénoïdal qui côtoie le nerf optique.

Très rarement les deux nerfs optiques pourront entrer en rapport avec un même sinus développé anormalement aux dépens de l'autre (cas de Combet et de Druault) expliquant un retentissement oculaire droit dans une sinusite sphénoïdale gauche. Rien de nouveau à signaler à propos de la fente sphénoïdale et de la fosse ptérygo-maxillaire.

De même pour la région crânienne de la paroi (car l'auteur divise les six parois du sinus en deux régions : les trois parois supérieure, latérale et postérieure, représentant la région crânienne; l'antérieure et l'inférieure représentant la surface rhino-pharyngienne), il y a peu de détails nouveaux à signaler, sauf le contact intime avec la paroi très mince à ce niveau du sinus sphénoïdal, du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe, immédiatement derrière la fente sphénoïdale. A signaler aussi, avec Zuckerkandl, les déhiscences de la paroi mettant l'enveloppe caverneuse et la muqueuse sphénoïdale au contact; avec Sieur et Jacob, les pertuis vasculaires nombreux occupant la gouttière caverneuse; avec Flatau-Scheier, la fragilité du squelette telle qu'il a été perforé plusieurs fois au cours de curettage sinusien, avec conséquence désastreuse, naturellement. Parfois le sinus occipital transverse présente des relations vasculaires avec le tissu osseux du corps sphénoïdal et même avec la muqueuse sinusienne.

Dans l'étude de la surface rhino-pharyngienne, à propos de la paroi antérieure, signalons, contrairement à l'opinion classique, celle de Bertemès qui prétend que dans la majorité des cas, l'ostium est plus voisin du plancher que du toit du sinus. La distance pratique de l'orifice sinusien à l'entrée des fosses nasales sur le vivant est d'environ 8-9 centimètres. La partie ethmoïdale ou externe de la face antérieure du sphénoïde a une cloison très mince de séparation avec les cellules ethmoïdales, d'où effondrement facile par voie ethmoïdale.

La paroi inférieure, très épaisse, en rapport de voisinage avec la carotide interne et le nerf vidien, n'est pas favorable pour l'ouverture du sinus.

La cloison qui sépare les deux sinus sphénoïdaux est plus ou moins régulière, ce qui explique les complications oculaires de l'autre côté, et parfois déhiscente.

Dans certains cas, sinus maxillaires et sphénoïdaux sont séparés par une mince cloison osseuse, d'où infection mutuelle et contact avec le nerf maxillaire supérieur.

Le dédoublement des apophyses ptérygoïdes augmente les dangers d'infection des nerfs maxillaires supérieur et inférieur.

A signaler, à propos de la muqueuse, les nombreuses relations vasculaires, surtout abondantes avec le sinus caverneux, les veines

ophtalmiques, d'où propagation de l'infection orbito-oculaire par voie sanguine. Le réseau lymphatique sphénoïdal communique avec les lymphatiques endo-craniens et les ganglions cervico-pharyngiens, d'où possibilité d'un empyème sphénoïdal à la suite d'une amygdalite infectieuse (un cas de Panas, 1893).

A signaler, à propos du labyrinthe ethmoïdal postérieur, que plus on s'approche du fond de l'orbite, plus l'os devient épais. Aussi les fistules et tumeurs de l'angle interne dénoncent plutôt une origine ethmoïdale antérieure ou frontale.

A signaler aussi les rapports de contiguïté en arrière de l'ethmoïde postérieur avec le nerf moteur oculaire commun, le nerf moteur oculaire externe, l'artère ophtalmique et le nerf nasal.

Des sinusites sphénoïdales. — L'auteur comprend naturellement dans la même étude la sinusite sphénoïdale et l'ethmoïdite postérieure, participant presque toujours aux mêmes phénomènes inflammatoires.

La sinusite sphénoïdale aiguë se caractérise par des céphalées intenses de la nuque, du vertex et une sensation de pression rétro-oculaire; rougeur et gonflement de la région avec muco-pus; pas de croûtes dans le naso-pharynx dans la forme franchement aiguë. Les cas graves de sinusite sphénoïdale aiguë sont rares; habituellement, elle accompagne le coryza aigu; la sinusite aiguë est due parfois aux traumatismes, à des corps étrangers (cas de Wilhem et Jacques), soit surtout aux coryzas, parfois à la diphtérie, soit pure, soit associée, parfois à la pneumonie (Fränkel), à la variole (un cas de Fränkel), à la fièvre typhoïde (trois cas de Zuccarini, Siebenmann et Harke), à l'érisypèle. Le plus souvent, il s'agit d'infection banale par le staphylocoque.

Dans la *sinusite sphénoïdale chronique*, le siège de la douleur est très important, bien que ce phénomène soit parfois difficile à localiser, il se manifeste surtout sous forme de crises de rétention, immédiatement améliorées par l'évacuation du sinus (Guye). Contrairement à Schœffer et à Moure, Hajek attache peu d'importance à la localisation de la céphalée; tous les matins, rejet de muco-pus par la gorge. Corde a signalé des cas rares de troubles olfactifs; la fétidité de l'haleine est de règle.

L'examen rhinoscopique est évidemment de la plus haute importance; la rhinoscopie antérieure montre dans la fente olfactive du pus et, si la lésion est ancienne, des croûtes qui obligent le pus à couler dans la gorge. Hypertrophie du cornet moyen, de la muqueuse de la cloison; parfois des polypes muqueux, en général peu abondants. A la rhinoscopie postérieure, on constate des croûtes ou du pus au niveau de la choane, parfois au niveau de l'amygdale pharyngée; la forme chronique est consécutive très souvent à une sinusite aiguë inaperçue. Quels sont les rapports avec l'ozène?

Sans entrer dans le détail de la discussion, les uns, admettant que l'ozène est une manifestation sphénoïdale, d'autres, montrant par

des autopsies qu'il n'en est pas toujours ainsi; il est certain, comme le fait remarquer M. Garel, que « rechercher l'existence des sinusites d'une façon systématique chez les œdémateux, c'est démontrer simplement la fréquence des sinusites latentes ».

Corde et Carlos (1898) admettent aussi l'infection du sinus secondaire à l'ozène.

Une sinusite ethmoïdo-frontale et même maxillaire est assez fréquemment une cause de sphénoïdite. Ajoutons aussi la présence d'une tumeur dans le voisinage ou dans le sinus (Morat), la tuberculose, la syphilis (Lévy). Néanmoins, pour assurer le diagnostic de sinusite sphénoïdale, le clinicien devra utiliser, en outre de la rhinoscopie antérieure et postérieure, le sondage, le lavage, la ponction exploratrice, la résection du cornet moyen, et ne pas affirmer d'emblée un diagnostic.

Manifestations orbito-oculaires. — Elles sont décrites pour la première fois par Berger et Tyrmann (1886), par Boyer dans sa thèse (1890), puis étudiées anatomiquement par Zuckerkandl.

Le professeur Lapersonne, en 1885, publia trois cas de sphénoïdite avec thrombo-phlébite caverneuse; Kaplan, Guillemain et Terson (1892) publient des observations. Schœffer (1893) signale de nombreux cas de sinusite sans complications orbito-oculaires. Dreyfuss (1896), Rohmer, signalent quelques cas. Hajek étudie la question. Bertemès, dans sa thèse très importante, étudie longuement la symptomatologie oculaire. Nisse, élève du professeur Killian, fait l'étude complète rhinologique de la question. Sieur et Jacob apportent des explications anatomiques.

Récemment, de Lapersonne fait son rapport à la Société française d'ophtalmologie; Moure admet les conclusions de ce dernier (1903). A signaler aussi les travaux d'Onodi (1904), Schmiegelow. En somme, l'oculiste diagnostique peut-être trop souvent la sinusite sphénoïdale; le diagnostic est rectifié parfois par le rhinologiste.

L'empyème sphénoïdal est rare pour les uns; pour d'autres, il serait très fréquent; mais il faut rappeler que beaucoup de sinusites sphénoïdales restent latentes et ne sont observées que sur le cadavre (Harke, Fränkel, Martin). Le pourcentage des complications oculo-orbitaires est assez variable, suivant les auteurs. De Lapersonne, dans son étude des complications oculaires, des sinusites en général, donne 20 %. Mais il est évident que la sinusite sphénoïdale représente dans ce chiffre un pourcentage très faible. Ainsi M. le professeur Rollet, sur 2.750 malades de consultations gratuites, n'en a constaté qu'un cas.

Kuhnt divise les complications oculo-orbitaires en troubles mécaniques, inflammations secondaires et troubles fonctionnels; Guillemain et Terson, en complications vasculaires et nerveuses. L'auteur les classe ainsi : troubles fonctionnels, vasculaires et nerveux.

Les troubles fonctionnels, fréquents dans les sinusites fronto-

ethmoïdales et maxillaires, sont rares dans les sinusites sphénoïdales. Ce sont :

1^o Le larmolement, signalé dans un seul cas de M. Rollet. C'est donc une rareté. Il est d'origine réflexe, à voie centripète (trijumeau), à centre bulbaire et à voie centrifuge (nerfs sécrétoires). Pour Ziem, il est d'origine congestive, et Kuhnt l'attribue à l'infection générale. Pour l'auteur, il serait surtout dû à la rhinite concomitante ;

2^o L'asthénopie accommodative, avec parfois scotomes, mouches volantes, exceptionnellement mydriase (un cas de Lichtvitch). Les théories sont les mêmes que pour le larmolement ; pour Gründwald, ce serait une asthénopie psychique par congestion méningée et cérébrale.

Le champ visuel est-il rétréci ? Les uns signalent des cas ; d'autres, comme Haffner (de Rostock), n'en ont jamais trouvé. M. Rollet signale un cas personnel de rétrécissement concentrique régulier, de dimensions moyennes, accompagné d'ambliopie. L'opération par voie orbitaire, pratiquée dans ce cas, a amené la guérison de ces symptômes. L'auteur pense surtout à de l'infection atténuée au niveau des gaines optiques.

Les complications vasculaires comprennent la thrombo-phlébite du sinus caverneux avec l'adjonction très fréquente de la phlébite secondaire de la veine ophtalmique et phlegmon consécutif de l'orbite.

Ces complications sont heureusement très rares ; cependant l'auteur en rassemble treize observations.

Que la thrombo-phlébite provienne d'une infection de la face ou d'une sinusite sphénoïdale, le tableau est identique. Œdème palpébral, chemosis, exophtalmie, immobilité du globe, strabisme, ptosis, mydriase, paralysies musculaires dans le domaine du moteur oculaire commun et externe, douleur, trouble des milieux oculaires qui gêne si souvent l'examen ophtalmoscopique qui, parfois, permet de constater l'œdème papillaire, veines volumineuses, surtout des hémorragies rétinienues, de l'obstruction de la veine centrale de la rétine, la température, l'envahissement habituel de l'autre côté, le phlegmon de l'orbite, la méningite suppurée, tels sont les signes de la thrombo-phlébite, qui, jusqu'à présent, s'est toujours terminée par la mort. Il signale, à ce propos, une ancienne observation de Léwy chez un enfant de 2 ans $\frac{1}{2}$ (sphénoïdite tuberculeuse double), et une observation de M. le professeur Jaboulay avec carie étendue du sphénoïde.

Tout l'intérêt d'un diagnostic consiste à savoir s'il s'agit d'une thrombo-phlébite ou d'un phlegmon. Localement, on constate les différences suivantes : douleur habituellement plus vive dans le phlegmon, immobilité de l'œil plus marquée ; pas de petits cordons indurés de phlébite dans le phlegmon ; habituellement pas de lésions de l'autre œil dans le phlegmon. Enfin, l'examen des parties voisines permet de constater l'existence ou non de sinusites ethmoïdo-sphénoïdales. Le phlegmon est plus fréquent dans la sinusite maxillaire que dans la thrombo-phlébite. La sinusite sphénoïdale est très

rarement la cause d'un phlegmon de l'orbite. Sa complication habituelle est la phlébite des sinus caverneux; à signaler aussi le diagnostic avec la tenonite, qui donne peu d'exophtalmie et souvent un petit abcès collecté au niveau d'un tendon d'un muscle de l'œil (Rollet).

Le pronostic est naturellement des plus sombres quand l'existence de la sinusite sphénoïdale avec thrombo-phlébite est nettement confirmée.

Les *troubles nerveux* sont : La névrite optique d'origine sphénoïdale est très rare. Il en existe pourtant quelques cas (Horner). Elle est due à la propagation directe de l'infection à la gaine optique par ostéite, par les déhiscences. Elle peut aussi se propager indirectement par les méninges et, peut-être, par voie lymphatique. La névrite optique est toujours unilatérale. Il s'agit, soit de névrite et périnévrite infectieuse, soit de névrite par stase (De Lapersonne). Dans deux observations, signalées dans la thèse, il y avait rétrécissement du champ visuel dans le quart inféro-externe, correspondant aux faisceaux internes du nerf. Dans cinq cas sur douze, la guérison fut obtenue après un temps plus ou moins long. Les autres malades sont devenus complètement aveugles.

L'auteur ne signale qu'un cas détaillé de névrite rétro-bulbaire avec sinusite sphénoïdale probable. Cette forme est bien plus rare (Berger). Pelloquin, dans sa thèse, signale quelques cas de névrite rétro-bulbaire infectieuse (type de Parinaud) avec possibilité d'une origine sphénoïdale. L'atrophie papillaire est l'aboutissant fréquent de toutes les formes de névrite. Elle est due toujours à de la sinusite chronique et non à une forme aiguë. Hajeck et Baurovicz affirment qu'il n'y a pas de mucocèle sphénoïdale. M. Rollet en cite un cas type, dû à Knapp (1894). A signaler plusieurs observations de Nissle, de Killian, où le pus sphénoïdal avait dilaté le sinus, produit de l'exophtalmie, et comprimé le nerf optique.

Dans deux cas de Pollatscheck et Polyak, il y eut cécité double par empyèmes sphénoïdaux et inflammation bilatérale des nerfs optiques. Dans un cas de Bergh (1886) d'hydropisie du sinus sphénoïdal avec amaurose double, l'auteur fit l'énucléation d'un œil pour effondrer plus facilement l'os planum et ouvrir le sinus sphénoïdal rempli de liquide jaune clair.

Dans un cas de Gérard (1903), il y avait de l'ozène, de l'atrophie optique double et des signes de destruction de la glande pituitaire (infantilisme).

Dans une observation d'Escat de sinusite ethmoïdo-sphénoïdale avec atrophie papillaire unilatérale, l'auteur essaye sans succès l'intervention endo-nasale, puis opère par voie ethmoïdale avec guérison oculaire.

Le nerf oculaire moteur commun est rarement paralysé, sauf dans le cas de thrombo-phlébite. Il s'agit là d'une propagation de voisinage direct.

L'auteur signale plusieurs observations. Il en est de même pour le moteur oculaire externe : quatre cas rapportés par l'auteur. Aussi, toutes les fois que la syphilis étant mise hors de cause, on trouve, avec ou sans sinusite maxillaire, de la diplopie, du ptosis, du strabisme, il faut songer aux sinusites multiples, à la sphénoïdite, et agir en conséquence.

L'empyème sphénoïdal donne souvent des névralgies du trijumeau. Il agit surtout sur le nerf maxillaire supérieur. Dans un cas de Panas, les trois branches du trijumeau étaient intéressées; habituellement, le traitement suffit pour guérir ces troubles.

A propos du *traitement*, l'auteur signale :

1° La voie nasale par les voies naturelles ou après rhinotomie préalable. Le professeur Rollet recommande l'abaissement du nez par la méthode d'Ollier qui donne un très grand jour.

M. Jaboulay a utilisé cette voie avec succès;

2° La voie maxillaire plus ou moins modifiée, suivant les auteurs (Janssen, Furet). Cette méthode est pratique en cas de coexistence de sinusite maxillaire et sphénoïdale; mais l'auteur conclut, néanmoins, avec Laurens, que la trépanation de l'antre, jointe à la voie orbitaire, donne plus de jour et plus de sécurité;

3° Voie orbito-ethmoïdale. L'auteur conseille de ménager minutieusement la poulie du grand oblique et, contrairement à l'opinion de Luc, de laisser dans la plaie orbitaire un drain de sûreté, surtout quand l'os planum est pris. L'auteur, avec Hajeck, repousse la voie bucco-pharyngée.

L'auteur, considérant les troubles oculo-orbitaires, constate que toute sinusite sphénoïdale, se manifestant par de l'exophtalmie, de l'empatement palpébral, devra être opérée par voie orbitaire.

Toute sinusite sphénoïdale qui, sans exorbitisme, ni œdème des paupières, se traduira par du larmolement, de l'asthénopie accommodative, bénéficiera d'une intervention nasale.

En cas de polysinusite, la voie maxillaire pourra être utilisée.

Avec M. le professeur Rollet, l'auteur considère que la plus large, la plus chirurgicale des voies d'accès est la voie orbito-ethmoïdale.

SARGNON (de Lyon).

II. — Le traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées de diiodoforme, par J. MABILAIS (Thèse de Paris, 1905).

L'auteur passe en revue les différents médicaments employés dans le traitement local de la tuberculose laryngée, depuis quelques années : Les *calmants* : la *morphine*, la *cocaïne* et le *menthol*.

Les *caustiques* ; l'*acide chromique*, le *nitrate d'argent*, le *perchlorure de fer*, le *chlorure de zinc*, la *créosote*, le *menthol*, l'*acide lactique* le plus employé.

Les *modificateurs* : l'*acide borique*, le *salol*, l'*alun*, l'*acétate de plomb* mélangé à du sucre de lait, une *solution de fer* et d'*ammoniaque*, le *chlorate de potasse*, l'*eau oxygénée*, le *phénol sulfuriciné*,

l'acide phénique, l'iode, l'iodoforme, l'iodol, l'aristol, l'air, le traumatol, l'orthoforme.

Le chapitre II traite des différentes façons de porter les médicaments sur le larynx par *inhalations*, *pulvérisations*, *injections*, *insufflations* dont Mabilais fait la critique comme défectueuses en elles-mêmes en offrant comme principal inconvénient d'exiger la présence du médecin. « Ainsi, lorsque tous les moyens employés jusqu'ici, pour porter sur le larynx les médicaments, étaient plus ou moins défectueux ou peu pratiques, en ce sens qu'ils obligeaient les malades à avoir recours au médecin pour leur faire des applications médicamenteuses, qui, par là-même, ne pouvaient être assez fréquentes et par conséquent incapables de procurer tout le soulagement que l'on était en droit de leur demander, le Dr Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, s'attacha tout particulièrement à trouver un procédé d'aspirations laryngées. Ce procédé consiste dans l'emploi d'un tube de verre de 6 millimètres de diamètre intérieur, de 20 à 25 centimètres de longueur, ayant à l'une de ses extrémités une crosse de 1 centimètre de longueur et faisant environ un angle de cent degrés avec le corps du tube; à 4 centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145 degrés.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une assiette la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas, il applique l'autre extrémité sur la poudre et il aspire; la poudre entraînée par le courant d'air pénètre profondément dans les voies respiratoires.

L'auteur a tenu à réunir les communications faites sur ce sujet par le Dr Leduc sans en rien supprimer.

La poudre médicamenteuse qui a donné les meilleurs résultats est le diiodoforme, soit pur, soit associé à du chlorhydrate de morphine. Le diiodoforme employé en thérapeutique pour remplacer l'iodoforme dont l'odeur est si désagréable est un antiseptique, un cicatrisant, un anesthésique.

D'après l'auteur, la méthode des aspirations laryngées de diiodoforme ne saurait exclure le traitement des laryngites tuberculeuses par les procédés habituels aux laryngologistes, mais elle est un adjuvant précieux, car elle permet de faire un pansement antiseptique presque permanent des ulcérations laryngées. De plus elle peut être substituée avantageusement à tout autre traitement lorsque le malade est éloigné d'un spécialiste. Enfin lorsque les lésions laryngées sont très étendues, elle est presque le seul traitement possible.

A. GROSSARD (de Paris).

III. — Les mastoïdites d'emblée, par Joseph BÉNET (*Thèse de Montpellier, 1905*).

Trois observations de mastoïdite, sans symptômes d'inflammation de la caisse du tympan, prises dans le service du prof. Forgue, ont été le point de départ de ce travail, où l'auteur expose les motifs qui

lui font admettre l'existence d'une variété clinique de mastoïdite, évoluant sans symptômes apparents du côté de l'oreille moyenne. Pour la pathogénie de l'affection, on suppose que c'est par la trompe que l'infection de la mastoïde se produit, mais que des dispositions anatomiques congénitales ou acquises, de même que des prédispositions individuelles de terrain produisent la localisation de l'inflammation dans les cellules mastoïdiennes. Ces mastoïdites dites d'emblée, nécessitent une intervention rapide pour parer aux complications méningées et pour sauvegarder l'intégrité de l'audition.

E. HÉDON (de Montpellier).

IV. — Des accidents psychiques liés aux maladies de l'oreille, par F. JACQUES (*Thèse de Bordeaux, 1905*).

D'après les nombreuses observations déjà publiées et qui tendent à se multiplier chaque jour, il ressort clairement que les maladies de l'oreille exercent une influence certaine sur l'éclosion des hallucinations auditives et de la folie, mais ces accidents psychiques ne surviennent en général que chez les individus offrant une certaine prédisposition nerveuse, héréditaire ou personnelle. Les altérations de l'ouïe engendrent alors un état mental particulier favorable au développement des troubles cérébraux.

On observe soit de simples hallucinations auditives avec intégrité du jugement, soit de véritables psychoses telles que manie, mélancolie, délire de persécution.

La nature de l'otopathie, la forme des troubles mentaux, le degré de prédisposition cérébrale et l'âge des malades peuvent être considérés comme les principaux facteurs du pronostic. Le traitement devra s'adresser à la cause déterminante et agir sur le côté moral. L'intervention devra être hâtive car plus la psychose aura duré plus la guérison sera difficile. Il ne faudra jamais négliger d'examiner l'oreille des individus qui se plaignent d'hallucinations auditives, surtout lorsque ces hallucinations affectent un caractère d'unilatéralité.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

V. — Contributions des cavités naso-pharyngiennes chez les tuberculeux pulmonaires, par A. DUCOS (*Thèse de Bordeaux, 1905*).

L'auteur met d'abord en évidence le rôle important des fosses nasales dans la fonction respiratoire et démontre que physiquement et biologiquement l'importance du nez est trop diminuée et que la pathologie ne compte pas assez avec elle. Chez tous les tuberculeux il a constaté une affection particulière décrite sous le nom de coryza pseudo-atrophique, qui paraît débiter avant la tuberculose pulmonaire et favoriser son évolution. Ce coryza, véritable entité morbide ayant son étiologie, sa pathogénie et sa symptomatologie, fait partie des lésions prédisposantes à cette maladie. Dans la bacillose déclarée, il peut être la cause d'infection secondaire et de compli-

cations diverses sur certains appareils. Dans la tuberculose pulmonaire il faudra donc soigner les fosses nasales malades qui peuvent compromettre la cure. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

VI. — La sclérose de l'oreille, ses rapports avec la pression artérielle, labyrinthique et céphalo-rachidienne, par MAUPETIT (*Thèse de Bordeaux*), 1905.

L'auteur admet que chez les malades oto-scléreux purs, suspects d'artério-sclérose héréditaire, présentant des troubles que l'on attribue à la compression labyrinthique (bourdonnements, vertiges, surdité) on constate une augmentation de la pression artérielle. La ponction lombaire fait baisser cette pression artérielle qui semble diminuer d'autant plus qu'elle est plus élevée avant la ponction.

L'augmentation de la pression artérielle peut survenir par compression du liquide labyrinthique et par compression du liquide céphalo-rachidien (compression centripète par insufflation d'air dans la caisse, injection de sérum au niveau de la fenêtre ronde, injection de sérum au niveau de la membrane occipito-atloïdienne et insufflation d'air sous la dure-mère médullaire). Ces faits démontrent la liaison des trois systèmes labyrinthique, céphalo-rachidien et artériel.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

IV. — NOTES DE LECTURES

La résection sous-muqueuse de la cloison nasale, analyses du Dr VERGNIAUD, de Brest.

Les *Annals of otology, rhinology and laryngology* de Saint-Louis (Etats-Unis) ont consacré à la résection de la cloison nasale leur numéro de juin 1905 presque en entier.

Ce numéro contient en effet trois articles très importants sur ce sujet : 1° Un travail de Killian de Fribourg dans lequel l'auteur décrit avec un soin minutieux les derniers perfectionnements de sa méthode de résection sous-périostée en fenêtre ; étude basée sur une pratique de deux cent vingt opérations pratiquées à partir de 1899 à 1904 ; 2° un important article de Frier, de Chicago ; et enfin, 3° un travail original de Ballenger, de Chicago, sur le même sujet.

Il m'a paru intéressant de rapprocher l'une de l'autre les analyses de ces trois publications.

Résection sous-muqueuse de la cloison nasale, par le prof. KILLIAN, de Fribourg.

Historique. — Les chirurgiens ont depuis longtemps cherché à corriger par des opérations les déviations de la cloison dans les cas extrêmes : mais, ces interventions faites sans éclairage suffisant et sans instrumentation spéciale, étaient grossières et incomplètes. Hartman le premier appliqua à l'exécution de cette opération les procédés rhinologiques. Krieg ouvrit la voie aux interventions étendues ; mais il réséquait la cloison en enlevant la muqueuse du côté convexe avec le volet osseux et cartilagineux. Killian, en pratiquant ce procédé, s'aperçut bien vite que les cas dans lesquels la muqueuse était conservée guérissaient plus vite et avec un résultat bien meilleur.

De cette observation est né son procédé de résection sous-muqueuse.

Deux instruments ont contribué beaucoup à son perfectionnement : le conchotome d'Hartman qui rend possible la résection du cartilage et des os, dans un petit espace, et le spéculum médian, dont l'auteur se sert pour écarter la muqueuse pendant cette résection.

Cette opération fut publiée par une communication faite le 2 septembre 1899, à la Münchener Naturforscher-Verammlung. Depuis cette époque, Killian ne cessa d'en améliorer l'instrumentation et la technique. La publication actuelle donne le résultat de ses progrès successifs reposant sur la vaste pratique de deux cent vingt opérations accomplies dans sa clinique par lui ou par ses assistants, de 1899 à 1904.

Classification des déviations de la cloison. — Les anomalies de forme de la cloison diffèrent essentiellement, suivant leur origine.

Dans les cas causés par un vice de développement, la déviation peut s'étendre à toute la cloison ou être partielle; et, dans ce cas, elle siège sur le cartilage et la lamé perpendiculaire de l'ethmoïde. Si la déformation est totale, le maximum de la convexité correspond généralement au bord supérieur du vomer. Les crêtes manquent rarement dans les déviations totales; ces crêtes suivent, en général, le bord supérieur du vomer; elles sont donc surtout antéro-postérieures.

Les malformations d'origine traumatique sont toutes différentes d'aspect. Elles siègent toujours sur la partie antérieure ou cartilagineuse de la cloison, et s'étendent rarement à la partie osseuse; elles sont à crête verticale, la force vulnérante ayant agi, en général, dans le sens antéro-postérieur, et la crête forme plutôt un angle aigu qu'une courbe arrondie. Très souvent il y a luxation du cartilage qui fait saillie dans une des narines, et déformation de l'auvent du nez, dont le bout regarde du côté concave de la cloison déviée. Enfin, il y a des cas complexes résultant de la combinaison d'un traumatisme et d'un vice de développement.

INDICATIONS DE L'OPÉRATION. — Toute déviation de la cloison n'est pas à opérer. Les principales indications d'intervention se tirent des troubles de respiration qu'elles déterminent. Dans ces cas, se pose pour le rhinologiste et le malade la question du choix entre la correction de la déviation plus effrayante, et l'ablation si facile du cornet inférieur. Entre les deux, il ne devrait pas cependant y avoir d'hésitation: les suites de la résection sont toujours bonnes; tandis que la suppression d'un cornet est bien souvent la cause d'une gêne qui dure toute la vie. Parmi les autres indications, on peut citer: l'existence de polypes; les sinusites chroniques; les affections chroniques des bronches, surtout les troubles respiratoires réflexes des névroses; l'ozone unilatéral avec agrandissement d'une fosse nasale et rétrécissement de l'antre, les déformations nasales assez prononcées pour justifier une correction esthétique.

CONTRE-INDICATIONS. — 1° *permanentes*. L'âge avancé du malade; une maladie diathésique, la tuberculose surtout, sauf à son premier degré, et sur des sujets présentant les meilleures garanties de résistance.

2° *temporaires*. Une inflammation aiguë du nez ou des annexes; un lupus nasal non complètement guéri; une syphilis récente; le jeune âge du sujet. Killian fixe douze ans comme l'âge minimum. Dans les cas de difformité due à un traumatisme, il faut laisser la lésion traumatique se guérir complètement.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION. — Killian la donne en des règles nettes et précises qui sont le résultat de sa grande pratique; aussi, en résumant cette partie de son travail, ai-je cherché à ne rien omettre d'important.

Soins préliminaires. — L'opérateur doit s'entourer de toutes les précautions de l'asepsie la plus rigoureuse. La salle doit être aseptique ou désinfectée soigneusement. Le chirurgien et ses aides prendront tous les soins de méticuleuse propreté que comporte une opé-

ration sur l'abdomen, par exemple. L'opéré ayant subi un savonnage complet de la tête et un lavage avec une solution faible de sublimé des narines et des parties voisines, et au besoin une douche nasale, dans les cas douteux, sera recouvert d'un vêtement antiseptique qui lui emprisonnera les mains et coiffé d'un bonnet antiseptique.

Position du sujet, de l'opérateur et des aides. — Le sujet est assis sur une chaise; un aide debout derrière lui, lui maintient la tête. L'opérateur se place en face, ayant à droite et à gauche des tables pour ses instruments; et, à sa portée, un vase contenant une solution faible de sublimé et une serviette stérilisée pour ses mains. Un aide se place derrière l'opérateur, de telle façon qu'il puisse, en regardant par-dessus son épaule droite, suivre les divers temps de l'opération, et, en cas de besoin, éponger le champ opératoire avec des tampons montés.

Anesthésie. — Après avoir badigeonné les deux faces de la cloison avec une solution de cocaïne au 1/20, on injecte de chaque côté un gramme de solution de cocaïne au 1/200 additionnée de deux gouttes de solution au millième de chlorhydrate d'adrénaline par gramme. L'aiguille qui sert à cette injection doit avoir le double de longueur des aiguilles ordinaires et être vissée sur la seringue. La piqure doit être faite sur la partie antéro-inférieure de la cloison, à la limite de la narine et de la fosse nasale (fig. 1, planche II).

On aura soin de piquer la muqueuse très obliquement et profondément de façon à traverser la muqueuse et le périchondre, et à pousser le liquide, si possible, entre le cartilage et son périchondre.

Pendant cette injection, qui se fera très lentement, un aide écartera l'aile du nez avec un rétracteur ordinaire (fig. n° 1, planche I). Après l'injection, on attendra quinze minutes; si le sujet éprouve des palpitations ou un peu d'anxiété, on lui fait avaler une gorgée de cognac. Avant de commencer, badigeonner encore la cloison avec une solution de cocaïne à 1/20. Grâce à toutes ces précautions, on peut être sûr d'une anesthésie presque absolue.

Incision. — Killian la fait toujours sur le côté convexe de la déviation; que cette convexité soit à droite ou à gauche, parce qu'il est plus facile de décoller le périchondre des deux côtés sans léser la muqueuse, en faisant l'incision sur le côté convexe.

Cette incision commençant en bas près du plancher du nez, à un demi-centimètre en arrière du bord mobile de la cloison, se termine à un centimètre au moins, en arrière de ce même bord, en haut, près du dos du nez; elle n'est donc pas parallèle, mais un peu oblique par rapport au bord mobile de la cloison. L'auteur fait remarquer qu'il est plus facile de faire l'incision plus en avant, sur le bord même de la cloison; mais il considère comme important de laisser une bande de tissu cartilagineux tout à fait en avant, pour servir de support à l'auvent du nez. — Ce n'est que lorsque la partie antérieure de la cloison cartilagineuse est déviée et fait saillie dans la narine, qu'il la resèque, ce que fait Hajeck dans tous les cas.

Pour faire cette incision, l'opérateur se sert d'un petit scalpel à

lame convexe; pendant qu'il la trace, l'aile du nez doit être écartée avec un rétracteur, et l'opérateur, avec un doigt introduit dans la narine opposée, suit la marche de son instrument qui doit non seule-

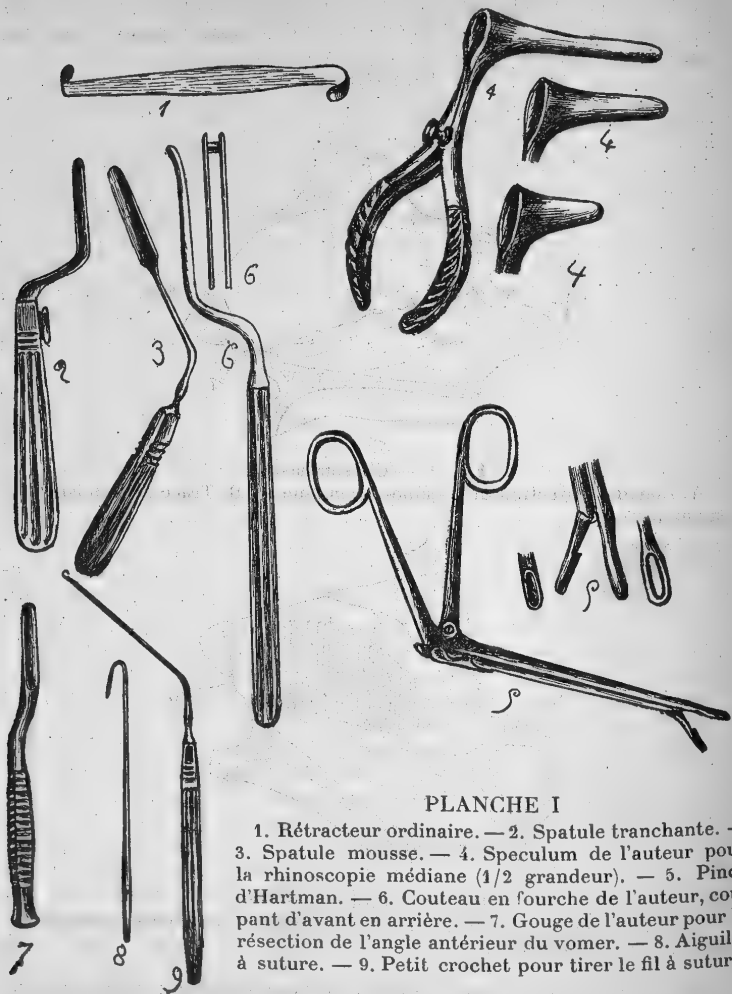


PLANCHE I

1. Rétracteur ordinaire. — 2. Spatule tranchante. — 3. Spatule mousse. — 4. Speculum de l'auteur pour la rhinoscopie médiane (1/2 grandeur). — 5. Pince d'Hartman. — 6. Couteau en fourche de l'auteur, coupant d'avant en arrière. — 7. Gouge de l'auteur pour la résection de l'angle antérieur du vomer. — 8. Aiguille à suture. — 9. Petit crochet pour tirer le fil à suture.

ment inciser la muqueuse, mais pénétrer dans le tissu même du cartilage.

Décollement du muco-périchondre du côté convexe (fig. 2, planche II). Avec une spatule à bord un peu tranchant (fig. 2, planche I), il faut d'abord gratter le cartilage tout autour de l'incision de la

muqueuse; on introduit alors dans l'incision une spatule mousse (fig. 3, planche I) avec laquelle on peut facilement décoller le muco-périchondre dans tous les sens sur le cartilage. La meilleure façon d'éviter de blesser la muqueuse pendant ce décolllement est de suivre de l'œil, dans la fosse nasale, le mouvement de la spatule pendant son travail sous-muqueux.

PLANCHE II

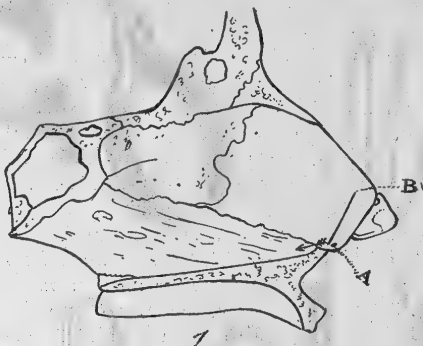


FIG. 1. — Cloison nasale.

A. Lieu de l'injection de cocaïne-adrénaline. — B. Tracé de l'incision de la muqueuse.

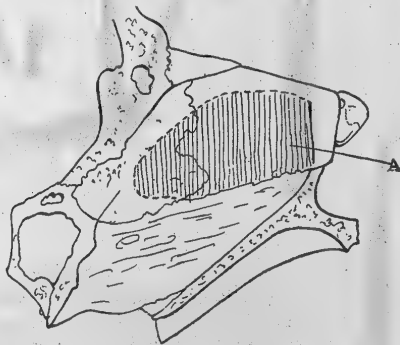


FIG. 2. — Cloison nasale.

A. Partie ombrée étendue du décolllement de muqueuse doublée de périchondre et de périoste.

Le décolllement des parties molles de la cloison peut facilement se faire aussi loin qu'il est nécessaire, en haut et en arrière; mais, en bas, on est arrêté par la saillie de la crête au-dessus de laquelle ce décolllement est presque impossible sans blesser la muqueuse, avant la résection de la partie de la cloison située au-dessus.

Transfixion du cartilage. — Killian la pratique avec la spatule

tranchante avec laquelle il gratte, avec prudence et par petits coups, le cartilage au niveau de la première incision, en contrôlant le mouvement avec un doigt de l'autre main, placé dans la narine opposée. En plaçant l'instrument dans une position très oblique relativement à la cloison, on risque moins de léser la muqueuse du côté opposé, et l'on sent très bien quand le cartilage est traversé; on donne alors au manche de la spatule une direction presque parallèle à la cloison, de façon à l'insinuer entre le cartilage et le périchondre doublé de la muqueuse du côté opposé.

Décollement du mucó-périchondre du côté concave. — Il se fait avec la spatule mousse dès que la voie a été faite par la spatule tranchante; on l'opère assez facilement à travers la boutonnière faite au cartilage, excepté dans la partie située en avant de cette ouverture.

Réséction du cartilage. — Ce temps est facilité par l'emploi du spéculum de rhinoscopie médian de l'auteur (fig. 4, planche I) dont l'une des valves est introduite à travers l'incision du cartilage, et l'autre sous la muqueuse de l'autre côté, de façon que le cartilage isolé des deux côtés soit facilement attaqué. On peut alors faire dans le cartilage une brèche supérieure et une inférieure au moyen de la pince d'Hartman (fig. 5, planche I) puis, saisir avec une pince à pression la partie intermédiaire, et l'extraire en la déchirant à son attache postérieure. Depuis quelque temps, Killian se sert pour la section du cartilage, d'un couteau en fourche portant sa lame transversale à une petite distance de l'extrémité de la fourche (fig. 6, planche I).

Pour se servir de cet instrument, on applique la lame sur la tranche antérieure du cartilage, les deux bouts de la fourche s'insinuant sous la muqueuse de chaque côté; et l'on pousse doucement la fourche d'abord en haut le long de la voûte du nez, puis, en bas le long du bord supérieur du vomer.

La partie intermédiaire est enlevée, comme il a été dit plus haut, avec une pince à forci-pression. Ce qui reste du cartilage dévié est ensuite réséqué avec la pince d'Hartman, autant qu'il est nécessaire.

Réséction osseuse. — En même temps que la cloison cartilagineuse on enlève, à la pince d'Hartmann, la partie antérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, puis la partie déviée du vomer, excepté son extrémité antérieure qui nécessite un procédé spécial, parce que, en cet endroit, l'os présente une épaisseur si grande qu'on peut difficilement le gouger avec une pince emporte-pièce déjà volumineuse, surtout à travers un orifice étroit.

L'auteur fait sauter à la gouge ce triangle osseux après l'avoir bien débarrassé de son périoste sur ses deux faces (fig. 2, planche III).

L'instrument dont se sert l'auteur est coudé en baïonnette avec un écart de 3 centimètres entre les deux parallèles formées par la lame et le manche (fig. 7, planche I).

La partie tranchante est placée sur l'extrémité du vomer, parallèlement au plancher des fosses nasales; le manche se trouvant à 3 centimètres plus bas, l'opérateur peut suivre au-dessus de ses doigts le travail de la lame (fig. 1 et 2, planche III). Comme il

aut tenir le spéculum d'une main, le manche de la gouge de l'autre, Killian confie le marteau à un aide qui doit frapper à petits coups de façon à ébranler le moins possible la tête du patient. Avant l'em-

PLANCHE III

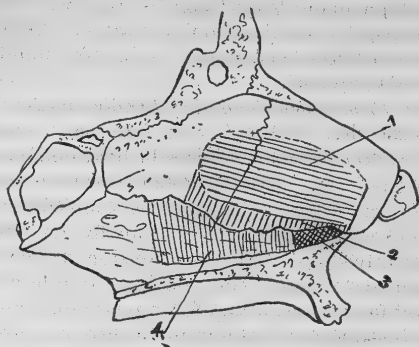


FIG. 1.

Représentation schématique de l'ordre dans lequel les diverses parties de la cloison sont réséquées: 1. Cartilage et lame perpendiculaire. — 2. Partie inférieure du cartilage et de la lame perpendiculaire bordant le vomer. — 3. Angle antérieur du vomer. — 4. Reste du vomer dévié.

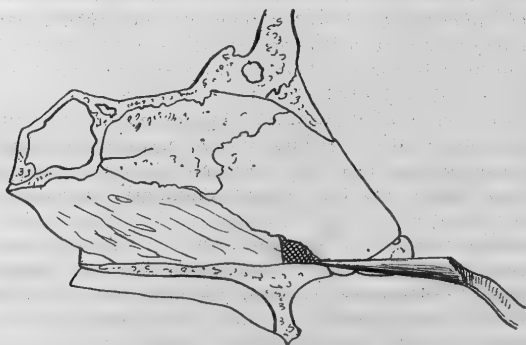


FIG. 2.

Représentation schématique de l'attaque au moyen de la gouge, du triangle antérieur du vomer.

ploi de la solution de cocaïne-adréraline, ce temps de l'opération était signalé par une hémorragie abondante, une petite artériole osseuse pouvait même donner un jet de sang si fort qu'un tamponnement long et serré était nécessaire pour se rendre maître de l'hémorragie avant de pouvoir reprendre l'opération.

Aujourd'hui, si les injections de cocaïne sont bien faites aux points indiqués qui visent précisément le trajet de cette artériole, on n'est nullement gêné par le sang.

Lorsque la base inférieure du petit triangle osseux formé par l'extrémité du vomer a été séparée, on le détache à sa partie postérieure par quelques coups de gouge, et la partie la plus difficile de l'opération est faite. Il ne reste plus qu'à réséquer à la pince d'Hartman ce qui reste de la base du vomer en arrière, et à régulariser les bords de la fenêtre faite dans la cloison cartilagineuse et osseuse, en ayant bien soin de ne laisser aucune saillie dépassant la ligne médiane, soit à droite, soit à gauche.

Nettoyage et pansement de la plaie. — Après l'achèvement de l'opération, il importe de visiter avec soin le sac formé par les deux parois membraneuses de la cloison, et de le débarrasser soigneusement des caillots et des esquilles qu'elles pourraient contenir; on souffle ensuite un peu d'iodoforme dans cette cavité et on la referme en appliquant les deux lames membraneuses l'une contre l'autre. En général, toute suture est inutile. Killian conseille de ne suturer que quand il y a perforation des deux muqueuses, et que ces plaies se correspondent exactement. L'application des sutures est d'ailleurs fort compliquée. L'opérateur se sert pour cela d'une aiguille très-courbe (fig. 8, planche I), dont le chas placé près de la pointe et armé d'un fil. Avec cette aiguille, on traverse les lèvres de l'incision d'arrière, en avant; le fil est alors saisi et attiré en avant avec un petit crochet (fig. 9, planche I) et l'aiguille retirée d'avant en arrière. L'anse de fil est nouée à l'aide de pinces remplaçant l'action des doigts dans la profondeur des narines.

Tamponnement. — Il est absolument nécessaire pour maintenir l'une contre l'autre les deux parois membraneuses qui constituent maintenant la cloison. Pour le faire, on place le long spéculum médian alternativement dans l'une et l'autre fosse nasale, de façon à empiler parallèlement les bandes de gaze qui maintiendront la cloison exactement sur la ligne médiane. Le tamponnement doit être soigneux, mais un peu lâche.

Soins post-opératoires. — L'opéré, lavé et nettoyé, est mis au lit pour vingt-quatre heures. Il est gêné par le tamponnement, mais il n'éprouve pas une véritable douleur; à moins de complication, la température ne dépasse pas 37,5. On commence à enlever le tampon au bout de deux jours, en faisant grande attention de ne pas tirer ni faire bâiller l'incision. Après l'enlèvement du tamponnement, il n'est besoin d'aucun autre pansement, à moins que la plaie ne se soit entr'ouverte; dans ce cas elle se recouvrira d'une croûte qu'on enlèvera plus tard; et en attendant il vaut mieux la protéger avec un peu de coton ou de gaze. Si après l'ablation du tampon il y a un peu d'inégalité des deux fosses nasales parce que la cloison a été poussée trop d'un côté, on rétablira sa rectitude par un tamponnement de ce côté pendant un ou deux jours.

L'expérience prouve qu'au bout de quelque temps la cloison acquiert

une certaine fermeté, indice d'une reproduction de l'os et du cartilage.

Il arrive souvent chez les personnes atteintes d'imperméabilité d'une des fosses nasales, que les ailes du nez sont sans force, et qu'après l'agrandissement de la voie aérienne, par la résection de la cloison ou d'un cornet, elles retombent inertes et soient comme aspirées à chaque inspiration. Cet inconvénient, qui effraye les opérés, est sans gravité et parfaitement curable par une petite gymnastique à laquelle l'intéressé s'exercera en essayant de faire marcher ses ailes du nez devant une glace. Au bout de peu de temps, les muscles dilatateurs des ailes du nez récupèrent leur force et l'inconvénient disparaît.

Conclusion. — En terminant, l'auteur déclare que vingt minutes lui suffisent maintenant pour exécuter cette opération, qui, en raison de ses indications nombreuses et même croissantes est devenue courante dans sa clinique.

C'est une des interventions de la spécialité qui lui a donné le plus de satisfaction ; et il ne saurait trop en recommander l'emploi aux rhinologistes.

Déviation de la cloison nasale ; revue critique des procédés de redressement par la résection large sous-périostée, avec un relevé de 116 opérations, par Otto T. FREER, de Chicago.

Cette longue étude, très documentée d'ailleurs et très intéressante, n'est pas, à proprement parler, une revue critique des divers procédés de résection sous-périostée de la cloison, mais une critique un peu trop personnelle des opinions, du procédé et de l'instrumentation de Killian, en même temps qu'une apologie du procédé et de l'instrumentation de l'auteur. Il est nécessaire, pour bien juger ce travail, de mettre sous les yeux du lecteur la figure des instruments spéciaux imaginés par l'auteur, en nombre peut-être un peu trop grand, en même temps que les conclusions suivantes qui résument son travail :

1° Il est difficile de reconnaître si une déviation est due à un vice de développement ou à un traumatisme ; la notion étiologique ne peut donc servir de base à une classification des déviations, comme l'enseigne Killian ; il est préférable de les ranger simplement d'après leurs caractères extérieurs ;

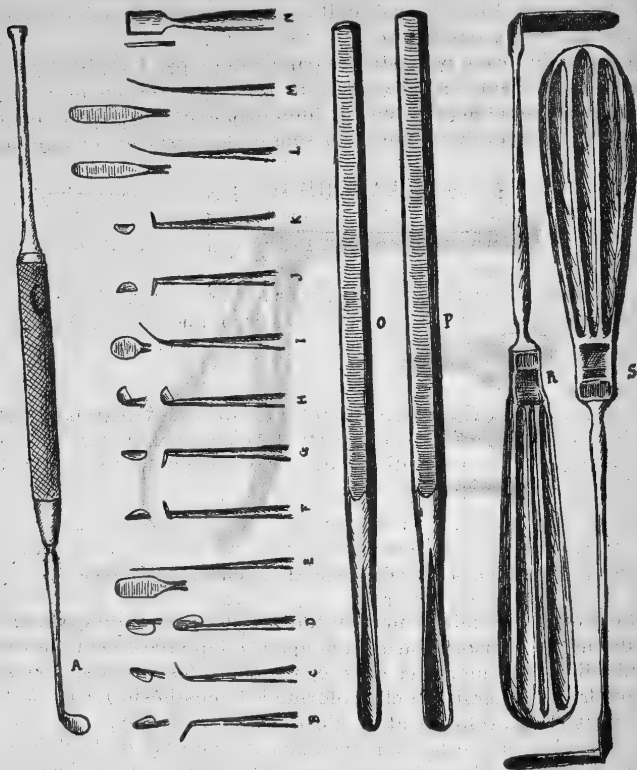
2° la résection large sous-périostée peut être faite sur les enfants ; mais, la possibilité de la réapparition de la déviation pendant la période de croissance exige, dans ces interventions sur les enfants, l'ablation complète de toutes les parties de la cloison présentant la moindre irrégularité ;

3° après la résection sous-périostée, il y a probablement reproduction du cartilage et de l'os ; car la cloison reprend, à peu près, sa fermeté naturelle ;

4° des cas revus deux ans et demi après l'opération montrent la persistance du résultat;

5° quoique l'auteur n'ait jamais vu l'effondrement du nez après

PLANCHE I



INSTRUMENTATION DE FREER, de Chicago.

A. Couteau à lame ronde courbée sur son bord pour la dissection de la muqueuse du côté concave de la cloison. — B et C. Couteaux angulaires à lame demi-ronde pour l'incision verticale de la muqueuse quand la déviation est très profonde. — D. Couteau à lame demi-ronde et droite pour l'incision de la muqueuse quand la déviation est près du bord antérieur du cartilage. — F. G. J. et K. Couteaux pointus angulaires pour la section du cartilage. — L et M. Détache-muqueuse. — N. ciseaux. — O P. Gouges. — R et S. Rétracteurs.

une résection large, on fera bien de suivre le conseil de Mueller et de Menzel, de conserver une petite bande du cartilage quadrangulaire au-dessous des cartilages latéraux de l'auvent du nez ;

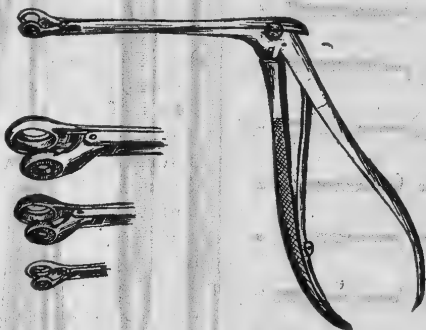
6° la partie inférieure du cartilage quadrangulaire peut être réséquée, sans crainte, de son bord libre antéro-inférieur, jusqu'à l'os en arrière, et en haut jusqu'au niveau des ailes du nez;

7° la position couchée est la meilleure pour cette opération, sauf au moment où l'intervention porte sur le plancher du nez;

8° la lampe de Kirstein est celle qui convient le mieux pour l'éclairage du champ opératoire;

9° l'anesthésie locale est obtenue par l'auteur par l'application de cocaïne en poudre sur les deux faces de la muqueuse, au moyen de petits tampons montés, légèrement humides, avec lesquels il frotte la muqueuse. Il n'emploie l'injection sous-muqueuse de cocaïne que

PLANCHE II ,



Pince emporte-pièce de GRUENWALD, modifiée par FREER.

lorsqu'il est obligé de faire l'incision tout à fait en avant du cartilage, à cause du défaut d'absorption de la muqueuse tapissée en cet endroit d'un épithélium pavimenteux très épais. Chez les enfants, il combine l'anesthésie générale au chloroforme à l'anesthésie locale à la cocaïne; mais la chloroformisation n'est jamais profonde;

10° il incise largement la muqueuse du côté convexe de la cloison, le long de la crête la plus saillante, que cette crête soit verticale ou horizontale. Comme il arrive très souvent que la déviation soit doublement angulaire, dans le sens horizontal et dans le sens vertical, la forme de l'incision est, en général, celle d'un L dont l'angle ouvert regarde en arrière. Il repousse l'incision en boutonnière de Killian et autres opérateurs;

11° les rugines ou spatules employées pour détacher la muqueuse doivent être légères, courbées, et les unes mousses, les autres tranchantes. Il faut avoir bien soin de ne pas s'égarer entre le péri-chondre et la muqueuse, ce qui est facile, car le péri-chondre étant mince et transparent, on peut croire qu'on est sur le cartilage dénudé, alors qu'on n'a pas traversé le péri-chondre. Or, autant il est facile de séparer le péri-chondre du cartilage, autant la séparation de la

muqueuse d'avec le périchondre est difficile à obtenir sans perforation ;

12° l'auteur repousse tous les instruments coudés en bayonnette, qu'on est obligé de tenir d'une main beaucoup plus ferme que les instruments rectilignes, et dont l'emploi enlève, par conséquent, aux mouvements du chirurgien, beaucoup de légèreté et de précision ;

13° la séparation de la muqueuse, quoique sous-périchondriale, est quelquefois rendue difficile par des adhérences et demande alors une dissection minutieuse ;

14° pour la première incision du cartilage, il faut se servir d'un bistouri à lame ronde, mince et acérée, et non d'un bistouri à lame épaisse qui déchire violemment le cartilage ;

15° le cartilage dénudé de la muqueuse et du périchondre est enlevé d'une seule pièce, après avoir été incisé sur tout son pourtour avec un couteau à lame angulaire imaginé par l'auteur ; c'est, dit-il, la partie la plus facile de son opération. Il repousse l'emploi du couteau en fourche de Killian ; et même du couteau de Killian perfectionné par Ballenger, de Chicago, qu'il trouve cependant supérieur au premier (voir plus loin le travail de Ballenger) ;

16° à l'exception des fragments osseux détachés au ciseau-burin, de la crête palatine ou de l'extrémité antérieure du vomer, aucune partie cartilagineuse ou osseuse ne doit être brisée, tordue ou arrachée, mais toujours coupée proprement ;

17° la pince emporte-pièce de Grünwald, modifiée par l'auteur, est pour lui le meilleur instrument pour réséquer les os ; elle est légère, longue et coupe facilement les parties osseuses les plus épaisses, qu'on puisse rencontrer dans cette opération ;

18° il faut savoir résister à la tendance naturelle qu'on a d'une résection trop précipitée et incomplète des parties osseuses de la cloison déviée ;

19° les sutures sont inutiles ;

20° comme pansement, l'auteur fait un tamponnement soigné avec des bandes de gaze stérilisée, imprégnée d'une préparation de sous-nitrate de bismuth qu'il estime bien supérieur à l'iodoforme dans la circonstance. Il introduit les bandes couche par couche, de manière à maintenir parfaitement en place les lambeaux de la muqueuse. La dernière bande, qui est appliquée tout à fait dans l'angle supérieur de la voûte nasale, est laissée plus longue de façon à ce que, sa partie antérieure ramassée tamponne la narine correspondante.

Le tamponnement prévient l'hémorragie ; mais, quelque soigneux et serré qu'il soit, il n'empêche pas l'écoulement d'un flux séro-sanguinolent qui commence une heure ou deux après l'opération et dont il faut prévenir l'opéré ;

21° on peut commencer à détamponner deux jours après l'opération, on enlève bande par bande en s'arrêtant dès que le patient se plaint ou que le sang apparaît. L'enlèvement total du tampon doit être effectué en général le quatrième jour ;

22° l'opéré est maintenu au lit, un jour seulement, et, huit jours après, il peut reprendre ses occupations ;

23^e pendant deux à trois semaines, l'opéré conserve un peu de gêne de la respiration nasale due au gonflement des parties molles de la cloison. Mais cette gêne disparaît graduellement, et, cinq à six semaines après, la respiration nasale est idéalement libre.

Résection sous-périostée de la cloison nasale. Nouveau procédé reposant sur l'emploi d'un couteau mécanique à lame pivotante, par BALLENGER, de Chicago.

Je crois que le couteau de Ballenger a de l'avenir; la conception en est ingénieuse, sa mise en œuvre est facile; reste à savoir si sa petite lame pivotante est assez solide, et s'il donnera, entre les mains des expérimentateurs, les mêmes résultats que lorsqu'il est manié par l'inventeur. Grâce à lui, il fait une résection sous-périostée de la cloison complète, en vingt minutes; la résection proprement dite du cartilage ne demande que quelques secondes, et l'opérateur l'enlève entier, en un seul morceau, c'est superbe. Au reste, voici, aussi brièvement que possible, la description de l'opération Ballenger :

Instrumentation. — Cinq instruments spéciaux seulement sont indispensables : un couteau en fourche à lame pivotante, deux détache-muqueuse, une gouge spéciale et une pince-gouge pour les os. On a besoin en outre de quelques instruments ordinaires : un spéculum du nez; celui que l'auteur préfère est celui de Vilbis, en fil métallique; un marteau à trépanation; un scalpel à lame courte et quelques pinceaux montés. Le couteau à lame pivotante de l'auteur est un couteau en forme de fourche analogue à celui de Killian; mais la lame en étrier qui est fixe dans le couteau de Killian est mobile dans celui de l'auteur et se meut entre les extrémités des branches de la fourche. Celle-ci est placée à califourchon sur la tranche du cartilage préalablement incisé, la lame s'appuyant normalement sur cette tranche. Cette lame est ainsi construite que la résistance même du cartilage dans lequel elle se meut maintient son tranchant toujours tourné vers la direction dans laquelle se meuvent les deux bouts de la fourche. Si on pousse la fourche en arrière, le tranchant regarde en arrière; si l'extrémité de la fourche est portée vers le haut, c'est en haut qu'elle regarde le tranchant; et de même, quelle que soit la direction qu'on désire lui faire suivre, de telle sorte que, on peut, avec ce couteau, découper à volonté dans le cartilage un morceau rond ou de tout autre forme qu'on veut.

Technique de l'opération.

Position du sujet. — L'auteur préfère la position assise, mais ne l'emploie pas d'une façon exclusive.

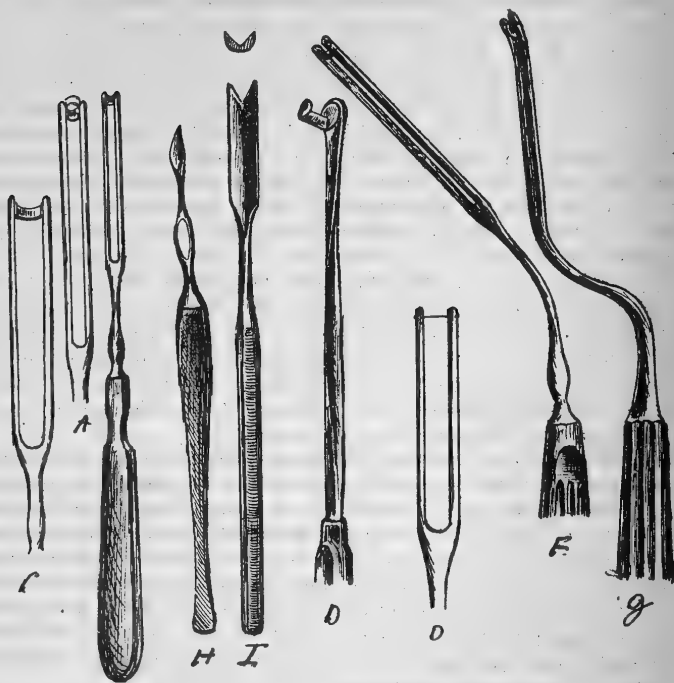
Anesthésie. — Il opère à la cocaïne employée en applications locales, de préférence aux injections sous-muqueuses.

1^o *Incision.* — Après avoir discuté les avantages et les inconvé-

nients des diverses incisions proposées par les auteurs des divers procédés de résection de la cloison : Hajek-Menzel, Killian et Fréer, l'auteur donne ses préférences à l'incision de Killian, presque verticale, légèrement convexe en avant.

2° *Décollement du muco-périchondre*. — L'auteur emploie en commençant la spatule demi-mousse de Hajek, puis un détache-péri-

PLANCHE III



INSTRUMENTATION DE BALLENGER

A. et B. Couteau à lame pivotante employé par l'auteur. — C. Même couteau d'une longueur plus grande. — D. Couteau avec fil coupant abandonné par l'auteur. — D, F, et G. Autres modèles de couteaux à lame pivotante abandonnés par l'auteur. — H. Scalpel de l'auteur pour l'incision de la muqueuse. — I. Gouge pour l'ablation du bord supérieur de la crête palatine.

chondre à bout épais, de forme ovoïde, qui soulève fort facilement le périchondre doublé de la muqueuse, sans les léser, et fait la voie au couteau à cartilage, en écartant, au besoin violemment, le cornet moyen qui vient souvent en contact assez serré avec le côté convexe de la cloison déviée.

3° *Transfixion du cartilage.* — Elle se fait avec un bistouri à lame courte, en allant doucement, couche par couche, jusqu'à ce que l'on atteigne le périchondre du côté concave, en se servant comme guide d'un doigt introduit dans la narine du côté concave.

4° *Séparation du muco-périchondre du côté concave.*

5° *Résection du cartilage avec le couteau en fourche à lame pivotante.* — Quand le cartilage a été bien dépouillé sur ses deux faces du périchondre doublé de la muqueuse, on introduit dans la partie inférieure de l'incision le couteau en fourche, en prenant soin que les extrémités de la fourche s'engagent bien sous le périchondre, de chaque côté, pendant que la lame s'appuie sur la tranche du cartilage à sectionner. Pour écarter le lambeau postérieur de la muqueuse incisée du côté convexe, l'auteur se sert assez souvent du spéculum de Killian jusqu'à ce que l'extrémité de la fourche ait fait sa voie sous la muqueuse; on le retire alors. Le couteau étant bien placé, comme il vient d'être dit, on le pousse en arrière, le long du plancher du nez, en rasant le bord supéro-antérieur du vomer, jusqu'à ce qu'il atteigne l'angle postérieur du cartilage, à l'union du vomer et de la lame perpendiculaire. On dirige alors l'extrémité de la fourche en haut et en avant, en rasant le bord antéro-inférieur de la lame perpendiculaire. On la ramène ensuite en bas, parallèlement au dos du nez, jusqu'à ce que la lame apparaisse à l'extrémité supérieure de l'incision de la muqueuse. On saisit alors, avec une pince à pansement, l'extrémité antérieure du cartilage qu'on extrait d'une seule pièce à travers l'incision de la muqueuse.

6° *Résection des crêtes et éperons de nature osseuse.* — L'auteur accomplit ce temps sous-périostiquement avec une gouge spéciale, un maillet et une pince à esquilles. La gouge a son bord tranchant en forme de V de façon à s'engager aisément sous la muqueuse, dans l'épaisseur du bord supérieur de la cloison osseuse. Quelques coups de maillet détachent de l'os des esquilles longitudinales qu'on arrache avec la pince de Grünwald, et l'on recommence le même mouvement jusqu'à disparition de l'obstacle osseux. Il est inutile pour cela de détacher le muco-périoste de l'os, car l'action de la gouge détermine cette séparation sans endommager la muqueuse.

7° *Résection de la lame perpendiculaire déviée.* — Elle se fait d'une façon sous-périostée au moyen de la pince emporte-pièce, suivant le procédé indiqué plus haut par Freer (voir l'article de Freer dans le même numéro des *Archives*).

8° *Traitement post-opératoire.* — Il se rapproche de celui employé par Killian et Freer.

VERGNIAUD (de Brest).

V. — ANALYSES

I. — OREILLES

Continuité des différentes cavités de l'oreille moyenne,
par G.-H. YOUNG (*Journ. of Laryngol., Rhinol. and Otol.*, septembre 1905).

L'oreille moyenne se divise en antré, cavité tympanique et cavité de la trompe d'Eustache. L'auteur démontre les rapports de ces cavités entre elles. Trois tableaux contenant huit figures illustrent cet article. Chez l'enfant, l'oreille moyenne est une cavité continue; chez l'adulte, ces trois cavités sont faciles à distinguer. L'élément tympanique s'unit généralement avec la portion squamo-zygomatique environ vers le troisième mois de la vie intra-utérine; il y a de rares exceptions à cette règle (1 figure). L'auteur étudie ensuite le développement des différentes parties de l'oreille moyenne. C'est pourquoi il considère que le traitement orthodoxe des inflammations septiques de la cavité tympanique doit être changé, car une tympanite n'implique pas nécessairement une antrite ou une mastoïdite. La douche d'air doit être évitée si possible, mais le cathétérisme, s'il est nécessaire, doit être employé, mais avec la plus grande prudence. Le drainage, l'incision précoce de la membrane du tympan, le repos absolu, et aussi l'aspiration par le spéculum de Siegle ou le rarefacteur de Delstanche rendront des services.

R, LAKE (de Londres)

Rapports entre les vaisseaux du labyrinthe membraneux et du canal endolymphatique et ceux de la coque osseuse du labyrinthe, par SHAMBAUGH, de Chicago (*Zeitschr. f. Ohrenheilk*, sept. 1905).

Les recherches anatomiques récentes sur l'oto-sclérose ont établi de façon très positive que les vaisseaux de la coque osseuse du labyrinthe communiquent librement avec ceux des formations voisines: caisse du tympan, dure-mère et parois osseuses du temporal. Toute la question se ramène donc à savoir si ces vaisseaux communiquent eux-mêmes avec ceux des formations molles du labyrinthe.

Cette recherche est, au point de vue clinique, du plus haut intérêt car ces anastomoses, si elles existent, doivent souvent transporter les agents infectieux de l'oreille moyenne dans les cavités de l'oreille interne.

Les études précédemment entreprises sur ce sujet ont mené à des conclusions un peu dissemblables.

D'après Hyrtl, les vaisseaux du labyrinthe forment un système fermé, sans communications avec les formations voisines, depuis le

point où l'artère du labyrinthe s'engage dans le fond du conduit auditif interne, jusqu'à l'endroit où les veines quittent le labyrinthe.

Pour Politzer, il existe des anastomoses entre les vaisseaux de la muqueuse de la caisse du tympan, et ceux des formations labyrinthiques, ces anastomoses se faisant à travers la paroi osseuse du promontoire.

Ces deux opinions ne sont que partiellement exactes : la méthode des érosions faites sur des temporaux non encore ossifiés de préférence, montre que, contrairement aux assertions de Hyrtl, l'artère du labyrinthe envoie de nombreux ramuscules à sa coque osseuse ; ces anastomoses sont surtout visibles à la base du limaçon et dans le vestibule.

Quant aux anastomoses signalées par Politzer, elles existent d'une façon très nette chez le veau : de plus la partie de la coque labyrinthique qui se trouve entre le vestibule et la base de la cochlée, au voisinage de la fenêtre ronde, est irriguée par trois petites bouches artérielles qui proviennent du labyrinthe.

DELOBEL (de Lille)

Réponse à l'article d'Ostmann. « Études critico-expérimentales sur les recherches de Bezold ayant rapport à la conduction des sons par les os et par l'appareil de transmission de l'oreille moyenne, » par BEZOLD, de Munich (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, juin 1905).

Ostmann reproche à Bezold de n'avoir pas tenu compte, en appuyant la tige du diapason sur la surface du crâne, dans ses études sur la conduction osseuse, des vibrations latérales de l'instrument.

Bezold répond qu'à moins d'avoir un diapason géométriquement symétrique, ce qui est pratiquement impossible, des vibrations transversales se surajoutent toujours aux vibrations longitudinales de l'instrument ; mais pratiquement cette direction n'a aucune importance et les tableaux enregistrant les courbes de vibrations donnent des résultats parfaitement comparables entre eux.

Ostmann critique aussi la modification de technique que Bezold a apportée au procédé de Rinne et consistant à rechercher la durée de la conduction aérienne en appliquant le pied du diapason sur une tige introduite dans le conduit auditif externe : cette façon de procéder ferait confondre les vibrations propres du diapason avec celles beaucoup plus petites de sa tige.

En réalité cette distinction est factice : les vibrations de la tige font partie de celles du diapason et ce procédé en renforçant les premières donne une notion plus exacte de la durée de la perception aérienne.

DELOBEL (de Lille).

Les théories de l'audition, par Albert A. GRAY (*The Journal of laryngology, rhinology and otology*, juin 1905).

Cet important article (16 pages et de nombreux schémas) comporte une revue critique d'un certain nombre de théories de l'audi-

tion. L'auteur paraît se rattacher à la théorie d'Helmholtz en la modifiant. Il considère que la théorie d'Ewald (de Strasbourg, 1899) sans être concluante, contient des arguments de la plus haute valeur.

G. DIDSBURY (de Paris).

Sur la mesure de l'intensité du son et du pouvoir auditif, par STEFANINI (*Gazz. degli Osp.*, p. 377).

L'auteur pense que l'intensité physiologique du son est proportionnelle à la quantité de mouvement et non à la force vive du corps en vibration; il l'a démontré au moyen du téléphone à l'aide d'un courant à interruptions périodiques parcourant un solénoïde neutre. L'intensité physiologique du son n'est pas proportionnelle au carré de l'amplitude d'oscillations, mais à l'amplitude elle-même.

MENIER (de Figeac).

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'organe auditif. Deux cas d'ankylose de l'étrier avec lésions du nerf auditif, dont un diagnostiqué pendant la vie, par BRÜHL, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, août 1905).

Chez une femme de quatre-vingts ans, sourde et aliénée, l'examen nécropsique de l'oreille ne révéla aucune altération de la membrane tympanique, non plus que du marteau ou de l'enclume, mais une ankylose osseuse complète de l'étrier dans la niche de la fenêtre ovale. L'examen histologique montre bien quelques lésions d'infiltration de la muqueuse environnante, mais révèle surtout qu'il s'agit d'une ankylose osseuse vraie par soudure de l'étrier au fond de sa niche avec le stylet; on ne pouvait d'ailleurs pas faire exécuter à l'osselet le moindre mouvement.

Le second fait concerne un homme de trente-cinq ans, syphilitique ayant succombé à une néphrite chronique avec pleurésie. L'exploration de l'audition pendant la vie avait permis de diagnostiquer une ankylose de l'étrier avec participation de l'appareil nerveux de perception. L'examen de l'oreille montre également un tympan et une oreille moyenne normaux, et un étrier absolument immobile à la sonde. L'examen microscopique permet de conclure à une ankylose due à un tissu osseux probablement de nouvelle formation.

Ces deux cas permettent de croire que l'ankylose de l'étrier est une affection purement osseuse: Le processus de prolifération cellulaire ne comporte qu'une production d'ostéoclastes et d'ostéoblastes et s'arrête à la limite conjonctive et cartilagineuse du cadre de la fenêtre ovale.

DELOBEL (de Lille).

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'organe auditif. Tuberculose de l'oreille externe et moyenne avec atrésie du conduit auditif externe, par BRÜHL, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, juillet 1905).

Il s'agissait d'un rétrécissement du conduit membraneux tel qu'il admettait à peine le passage d'une sonde; derrière le rétrécissement, le conduit osseux présentait son calibre normal: il y avait en outre des malformations du pavillon.

L'autopsie montre que la stricture était due à un épaississement considérable des téguments à ce niveau : au microscope, on trouva toutes les couches de l'épiderme très infiltrées.

Le conduit osseux était rempli de pus ; les cavités de l'oreille moyenne ne présentaient aucune lésion macroscopique ; mais le microscope montra leur muqueuse épaissie, infiltrée d'éléments conjonctifs, surtout dans l'antra et dans les cellules de la mastoïde.

La nature tuberculeuse du pus n'a pu être prouvée par l'examen microscopique.

DELOBEL (de Lille).

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'organe auditif. Cinq cas de surdité nerveuse, dont trois diagnostiqués pendant la vie, par BRÜHL, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, 1 vol., t. IV, juin 1905).

L'auteur a pu, dans trois cas personnels, faire l'examen anatomique d'oreilles dont il avait pu examiner les troubles d'audition pendant la vie : dans les cinq cas examinés, des lésions concluantes des extrémités nerveuses auditives ont permis de déterminer exactement la cause de la surdité.

Chez une vieille femme de quatre-vingt-deux ans atteinte de démence sénile, on trouva une dégénérescence parenchymateuse du nerf auditif due probablement à une artério-sclérose ancienne.

Chez une autre femme de 90 ans morte dans les mêmes conditions, il s'agissait d'une atrophie du nerf auditif, surtout de sa branche cochléaire, avec infiltration cellulaire abondante dans le ganglion spiral.

Chez une troisième femme de 66 ans morte dans le marasme sénile (artériosclérose, broncho-pneumonie, néphrite chronique, leptoméningite chronique, atrophie cérébrale) on trouva une dégénérescence parenchymateuse simple du nerf auditif et du ganglion spiral, développée sous l'influence de l'artérioclérose et de l'âge de la patiente.

Dans le dernier cas (homme de quarante ans), il s'agissait d'un trouble de développement consistant en une ectasie du saccule et du canal cochléaire avec dégénérescence de l'organe de Corti, du ganglion spiral et de la racine cochléaire. Il n'y avait dans les antécédents ni traumatisme, ni syphilis pouvant expliquer de semblables lésions.

DELOBEL (de Lille).

La sclérose de l'oreille au point de vue de sa transmission héréditaire, par KÖRNER, de Rostock (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, juin 1905).

Von Tröltsch, le premier, avait remarqué l'influence de l'hérédité sur le développement de la sclérose auriculaire, et suivant la seule étiologie admise alors, l'attribuait à la transmission d'un catarrhe chronique du naso-pharynx et des trompes.

La question paraît plus complexe : à ce point de vue les statis-

tiques des auteurs (Siebenmann, Denker, Bezold) sont des plus dissimilaires.

L'auteur a étudié dans un tableau le pourcentage des cas héréditaire dans un nombre donné de cas de sclérose, en précisant les diverses formes d'hérédité (paternelle, maternelle ou familiale).

De ces statistiques, il est difficile de tirer des conclusions fermes : la théorie de Habermann qui veut en faire une manifestation d'hérédosyphilis, et celle de Siebenmann qui veut y voir des malformations congénitales du temporal, ne sont applicables qu'à un certain nombre de cas.

Il semble plus logique d'admettre non pas une hérédité pathologique à proprement parler, mais une hérédité créant simplement un état d'infériorité dans un organe ou un tissu, comme dans l'hémophilie par exemple.

DELOBEL (de Lille).

Un cas de phlyctènes hémorragiques du tympan, par BERNEX (*Marseille médical*, août 1905).

Bernex a observé chez un malade atteint d'herpès généralisé, à forme d'abord pharyngienne, puis labiale et génitale, une localisation assez rare de cette affection au niveau de la membrane tympanique des deux oreilles.

Des phlyctènes, dont le contenu était du liquide hémorragique, s'étaient développées sur le tympan et dans la région para-tympanique des conduits. La première poussée auriculaire d'herpès a coïncidé avec l'angine herpétique. La seconde, survenue à huit jours d'intervalle, coïncida avec une poussée d'herpès génital et labial.

Le traitement (incision, lavage à l'alcool boriqué, suivi d'une insufflation de poudre de talc contenant 5 % de cocaïne) fut suivi d'une guérison rapide.

NIEL (de Marseille).

Sur les hémorragies spontanées par érosion du sinus transverse au cours de l'otite scarlatineuse, par LEBRAM, de Breslau (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, juin 1905).

L'auteur rapporte trois cas dont deux personnels où cette complication a été observée.

Dans le premier il s'agissait d'un enfant de neuf ans, opéré de mastoïdite à droite au cours d'une scarlatine et qui, le cinquième jour après l'opération, eut une hémorragie spontanée assez abondante qu'on reconnut provenir du sinus transverse : l'hémorragie fut assez facilement arrêtée par un tamponnement et la guérison survint.

Dans le second cas analogue, compliqué de paralysie faciale, une hémorragie abondante survint le sixième jour après l'opération : pendant plusieurs jours, elle se reproduisit à chaque pansement, et le petit malade mourut au milieu de phénomènes adynamiques. A l'autopsie, on trouva une large perforation de la paroi du sinus transverse, rempli lui-même par un caillot purulent : il y avait en même temps de la méningite circonscrite et de l'encéphalite.

Dans le troisième cas emprunté à Baader, la mort survint par hémorragie foudroyante, au cours d'un pansement.

Dans la statistique d'Eulenstein, sur quatorze cas, huit se produisirent au cours d'otites chroniques, six au cours d'otites aiguës : les causes de cette complication semblent être, par ordre de fréquence : la scarlatine, la phthisie, le cholestéatome.

DELOBEL (de Lille).

Sur un cas d'hémorragies leucémiques de l'oreille interne avec examen anatomo-pathologique des temporaux, par KOCK de Copenhague (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Sept. 1905).

Un des symptômes fréquents de la leucémie est la tendance aux hémorragies : celles-ci se montrent surtout à la muqueuse nasale et à d'autres muqueuses également friables, ainsi qu'à la rétine.

Dans le cas présent il s'agissait d'un malade leucémique et ancien paludéen qui fit brusquement un ictus labyrinthique : vertiges, bourdonnements intenses et surdité absolue des deux côtés.

La mort survint au bout de quelques jours et l'autopsie permit de constater une tumeur de la rate avec périsplénite, une dégénérescence parenchymateuse du foie, une endocardite mitrale avec dégénérescence du myocarde et des lésions de tuberculose ancienne.

L'examen histologique des temporaux permit de constater du côté de l'oreille gauche un épanchement sanguin récent dans les cavités du limaçon, du vestibule et des canaux semi-circulaires, aussi bien dans les espaces endolymphatiques que périlymphatiques.

La caisse du tympan est remplie de globules blancs ; la lumière de la trompe obstruée par un caillot en voie d'organisation.

Du côté de l'oreille droite les lésions hémorragiques sont de même nature, mais plus prononcées qu'à gauche.

Une destruction complète de l'organe de Corti des deux côtés expliquait suffisamment la surdité.

L'analyse de cette observation clinique doit donner à penser que bien souvent l'explosion d'un ictus auriculaire, s'accompagnant de la triade symptomatique de Ménière : surdité, vertiges et bruits subjectifs, doit être due à un épanchement brusque dans les cavités du labyrinthe.

DELOBEL (de Lille).

Rapports entre les affections de l'appareil circulatoire et les affections de l'oreille, par STEIN, de Vienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, sept. 1905).

L'auteur a examiné à ce sujet une série de malades atteints de surdité, de bourdonnements ou d'autres phénomènes subjectifs, chez lesquels le traitement local s'était montré inutile ou à peu près. Dans presque tous les cas il s'agissait de catarrhe chronique de l'oreille moyenne ou d'oto-sclérose.

Sur un chiffre total de cent de ces cas, il y avait quarante-sept fois un trouble quelconque de l'appareil circulatoire : rétrécissement mitral, dégénérescence du myocarde et surtout anémie ou artério-sclérose.

Dans cet ordre d'idée, la cause de beaucoup la plus fréquente des

troubles auriculaires est l'anémie: cet état provoque du côté de l'oreille des altérations plus fréquentes et plus durables que l'hypérémie par obstacle à la circulation veineuse; il paraît devoir être rendu souvent responsable, non seulement de troubles labyrinthiques, mais aussi du développement de l'oto-sclérose vraie.

Quant à l'artério-sclérose, la précocité des troubles auditifs qui accompagnent son développement devrait servir souvent d'élément contributif à son diagnostic hâtif.

Dans ces cas on pourrait presque dire que le traitement local de l'oreille est secondaire: il faut avant tout supprimer l'alcool et le tabac qui sont des poisons du nerf auditif, en même temps qu'ils sont nuisibles à l'appareil circulatoire et instituer le traitement de la diathèse circulatoire.

DELOBEL (de Lille)

Sur l'état du fond de l'œil dans les maladies de l'oreille, par Fritz TENZER (*Arch. f. Ohr.*, p. 23).

Tenzer trace d'abord l'historique de la question depuis Zaufal qui, en 1881, établit les relations qui existent entre l'état du fond de l'œil et les maladies de l'oreille. Puis il expose une longue série d'observations personnelles et arrive aux conclusions suivantes: Des complications intracraniennes de toutes sortes peuvent accompagner la maladie d'oreille sans qu'il se développe aucune altération du fond de l'œil; on trouve même le plus souvent un fond de l'œil normal. D'autre part, l'existence de lésions optiques, en raison de la grande rareté de celles-ci dans les suppurations simples de l'oreille moyenne ou de la mastoïde, constitue un symptôme important pour l'hypothèse d'une extension du processus morbide aux organes intracraniens. Cette hypothèse devient une certitude si les modifications observées atteignent un haut degré de développement sous forme d'une névrite du nerf optique ou de la papille. Les constatations ophtalmoscopiques n'autorisent aucune déduction sur la nature de l'affection intracrânienne; on peut seulement baser son appréciation sur le degré de fréquence suivant: 1) Abscès du cervelet; 2) abscess du cerveau et leptoméningite purulente; 3) abscess extradural; 4) thrombose des sinus.

Pour ce qui concerne l'époque d'apparition des altérations oculaires, il n'y a aucune règle; souvent c'est un symptôme précoce; d'autres fois le tableau clinique de la complication est déjà très net, alors que le fond de l'œil est normal; ou bien on n'observe l'altération de l'œil qu'après l'opération. Les lésions se développent le plus souvent dans les deux yeux à la fois; parfois elles se localisent dans l'œil, du côté de l'oreille affectée et atteignent un haut degré de développement avant de s'étendre à l'autre œil. Dans beaucoup de cas, la lésion optique demeure unilatérale pendant toute la maladie, le plus souvent du côté de l'oreille affectée, ce qui permet de localiser avec assez de certitude le côté où siège l'affection intracrânienne. Quant au pronostic à tirer des lésions du fond de l'œil, l'auteur constate que, dans 47 cas à issue mortelle, le fond de l'œil fut

trouvé normal 29 fois et lésé 18 fois, et dans 29 cas avec guérison, normal 17 fois et lésé 12 fois. L'apparition d'une lésion optique dans le cours d'une complication intracrânienne ne présage donc pas nécessairement une terminaison défavorable. On ne saurait non plus baser un pronostic sur la gravité des lésions : dans les 18 cas à terminaison mortelle, il y eut 7 fois de simples modifications vasculaires et 11 fois de la névrite optique; dans les 12 cas à terminaison favorable, 5 fois des modifications vasculaires et 7 fois de la névrite optique. Des modifications du fond de l'œil on ne peut donc, de l'avis de l'auteur, retirer aucun renseignement sur l'évolution et l'issue d'une complication intracrânienne. L'apparition même des altérations les plus graves dans le fond de l'œil n'exclut pas une évolution favorable de la maladie. HÉDON (de Montpellier).

Recherches bactériologiques sur le pus des otites moyennes, par MÜLLER, de Berlin (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. XLIX, t. II, mai 1905).

L'auteur a examiné systématiquement, au point de vue bactériologique, l'épanchement des otites moyennes aiguës qui se sont présentées à son observation. Il a trouvé dans une série de cas le staphylocoque en cultures pures, dans d'autres cas le streptocoque en culture pure, d'autres fois le staphylococcus pyogenes aureus associé à des formes variées; parfois le staphylococcus pyogenes albus associé à un diplocoque, plus rarement le streptocoque associé au staphylocoque. Le bacille pyocyanique est tout à fait exceptionnel dans l'oreille.

L'auteur ne partage pas l'avis de Lermoyez que la présence du staphylocoque dans l'écoulement est un facteur de durée de celui-ci : d'après lui, les formes à microorganismes associés seraient beaucoup plus rebelles au traitement que les cas à cultures pures. Dans un cas d'otite survenue au cours d'une fièvre typhoïde, l'écoulement donna une culture pure de bacille d'Eberth. Dans un cas de diphtérie chez un homme de 24 ans, on trouva le bacille de Löffler, tantôt pur, tantôt associé au streptocoque et au staphylocoque.

DELOBEL (de Lille).

Tuberculose du lobule de l'oreille à forme eczématoïde, par A. RAOULT, de Nancy (*Presse oto-laryngologique Belge*, n° 9, 1905).

L'auteur observa un cas de tuberculose cutanée, au lobule de l'oreille droite, chez un enfant de treize ans, ayant affecté une évolution très lente en cinq ans. Guérison fut obtenue par curetage.

H. DE STELLA (de Gand).

Otomycose de l'oreille moyenne, par J. KERR LOVE (*Glasgow med. j.*, 7 août 1905, p. 122).

Il s'agit d'un cas d'otomycose de l'oreille traité par des instillations d'alcool rectifié et par des insufflations consécutives de poudre antiseptique : amélioration. Pas de tendance à envahir la mastoïde, mais un peu de destruction de la membrane du tympan. Le malade

avait présenté pendant plusieurs années un léger écoulement de l'oreille. L'examen otoscopique montra une masse semblable à du feutre avec des points noirs, donnant l'impression qu'on se trouvait en présence d'une mycose : ce qui fut vérifié par la découverte, au microscope, de l'*aspergillus niger*.

R. LAKE (de Londres).

Symptômes de l'otite aiguë chez l'enfant, par KERLEY
(*Assoc. méd. de New-York*, 8 mai 1905).

Les traités classiques indiquent comme symptômes de l'otite aiguë chez l'enfant : une douleur manifestée par des mouvements désordonnés de la tête, des tractions continues sur le pavillon, des cris pendant le sommeil et des douleurs à la pression. Or, Kerley dit n'avoir observé qu'un seul symptôme constant : l'élévation de la température. Lorsqu'un enfant présente une élévation de la température sans cause apparente, il faut toujours examiner l'oreille. Si la température reste élevée au déclin de la rougeole, de la scarlatine ou de la grippe, il faut de même penser à l'otite aiguë.

A. PASQUIER.

Cas rare d'otite moyenne aiguë avec perforation, par
V. TÖRNE (*Hygiea, Stockholm*, n° 4, avril 1905, p. 375-390).

Il s'agit d'un malade, commis négociant, de 38 ans; syphilis datant de quinze ans, mal traitée. Il y a dix ans, environ, otite à gauche, douloureuse et tenace; on fit la paracentèse. En 1900, ablation d'un testicule à la suite d'orchite gommeuse.

Depuis un an, le malade est atteint de somnolence.

État actuel. — Douleurs dans l'oreille, pas de gonflement, ni de douleur de la mastoïde; rien dans le conduit, tympan déprimé, très rouge; on voit le manche du marteau et la courte apophyse; dans le segment postéro-inférieur, cicatrice ovale d'environ 1 à 2 mill. Sifflement dans l'oreille.

Les douleurs, sous l'influence de la glycérine phéniquée, disparaissent. Au bout de quelques jours, écoulement.

Quinze jours après la première visite, on constate une perforation correspondant à l'ancienne cicatrice; il s'en écoule une sécrétion mêlée de mucus. Quatre jours après, les douleurs augmentent : frissons, douleurs de la mâchoire. On fait la paracentèse dans la partie du tympan qui était tendue. Amélioration.

Douze jours plus tard, accès épileptiformes (contractures, perte de conscience, écume à la bouche, délire). On renouvelle la paracentèse. Le malade entre à l'hôpital. Il reconnaît les objets et leur usage, mais ne peut les nommer. On donne de l'iodure de potassium.

Trépanation de la mastoïde à cause de grandes douleurs dans cette région.

Vingt-deux jours après, le malade meurt après avoir eu de la paralysie faciale gauche, de légers mouvements cloniques et de la respiration de CHEYNES-STOKES.

À l'autopsie on trouve un abcès du lobe temporal gauche du volume

d'un œuf de poule. A la base du cerveau, ramollissement brun jaunâtre, piqué de sang, de la grosseur d'une noisette et près de la capsule de l'abcès.

Il y eut une rétention du pus dans une partie de la caisse par adhérence entre les parois médianes et latérales de cette cavité; ces soudures produisirent une poche dont les parois étaient formées par la membrane du tympan et la paroi médiane. Le pus enfermé détruisit le tegmen tympani et donna naissance à l'abcès.

Les adhérences en question ont été décrites par Toynbee, V. Tröltsch, Moos, Schwartz, Politzer, Wends, mais, nulle part, l'auteur n'a trouvé un cas semblable au sien, dans lequel, après une perforation qui reste ouverte, on put trouver du pus encapsulé sous le segment antéro-supérieur.

MENIER (de Figeac).

Indications opératoires dans l'otite chez l'enfant, par DUEL (Assoc. méd. de New-York).

La conduite du chirurgien doit être différente chez l'enfant et chez l'adulte. La caisse du tympan chez l'enfant communique largement avec l'antre et le pus va souvent former un abcès rétro-auriculaire avant que la membrane du tympan ne soit perforée. Il faut donc inciser largement la membrane tympanique, dès qu'on soupçonne la présence du pus, et assurer le drainage.

Chez les tout jeunes enfants, Duel n'opère pas la mastoïdite, mais chez les enfants un peu plus âgés, il opère le plus tôt possible à cause des risques d'infection du sinus par le pus accumulé dans les cellules, qui commencent à se développer au delà de l'antrum.

A. PASQUIER.

Deux anomalies anatomiques rencontrées au cours d'opérations sur la mastoïde, par William C. BRAISLIN (Archives of Otology, juin 1905).

Dans le premier de ces cas il s'agissait d'une vaste perte de substance de la surface de l'apophyse mastoïde s'ouvrant directement dans les cellules mastoïdes.

D'après Macewen, cette anomalie provient d'anciens abcès sous-périostés mastoïdiens. Macewen a figuré deux cas semblables. (*Pyogenic infective Diseases of the Brain and Spinal cord*, Glasgow 1893, p. 10 et 12) mais ni l'un ni l'autre n'approchent comme dimensions du cas cité. Les cas de déhiscence de la suture pétro-squameuse sont plus communs chez l'enfant tout en pouvant exister encore chez l'adulte.

Dans le second cas il s'agissait d'une profondeur inusitée de la dépression supraméatale dans le triangle de Macewen. D'ordinaire cette dépression est insignifiante et souvent absente, et dans le cas envisagé elle était profonde de plusieurs millimètres et le fond était constitué par du tissu osseux compact.

G. DIDSBUY (de Paris).

Trépanation de la mastoïde chez un nouveau-né, par G. LAURENS (Rev. hebdom. de laryngol., 13 mai 1905).

La pathologie auriculaire du nouveau-né est peu étudiée, en raison de la difficulté de son interprétation. La plupart des otites sont méconnues, à moins que le pus ne fasse irruption à l'extérieur. Nombre de méningites purulentes ont pour cause une origine otique. La mastoïdite est rare. Le pus se collecte dans l'unique cellule apophysaire qui existe à cet âge, l'*antre pétreux*, et fait irruption au dehors, décollant le pavillon sous forme d'un abcès sous-périosté. L'auteur rapporte un cas de ce genre, survenu chez un nouveau-né de trois semaines, et qui nécessita la trépanation de la mastoïde. L'opération s'effectua sans difficulté et la guérison survint très rapidement.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Mastoïdite double et double trépanation chez un nourrisson, par FERAND (Société des médecins praticiens, 26 juillet 1905; in *Journal des médecins praticiens de Lyon*, 15 septembre 1905).

Les mastoïdites chez les nourrissons sont rares; elles passent le plus souvent inaperçues, les phénomènes digestifs dominant le mal, et pourtant l'opération doit être plus précoce que chez l'adulte à cause de la minceur des parois osseuses. Il s'agit plutôt de formes sous-périostées, la cavité mastoïdienne n'étant pas développée chez le tout petit enfant. Souvent l'ouverture se fait spontanément par le tympan, souvent aussi, du côté du cerveau, et les cas sont rarement diagnostiqués (un cas de Laurens, mars 1905), et pourtant les recherches anatomiques ont montré la fréquence relative des méningites purulentes diffuses, otogènes, non diagnostiquées.

Petit malade de cinq semaines; troubles digestifs; gonflement rétro-oculaire gauche. Paracentèse. L'opération complète est refusée. Le lendemain, gonflement plus accentué; opération; mastoïdite de Bezold; guérison rapide. Deux mois après, à la suite d'une grippe, mêmes phénomènes de l'oreille droite. Opération; abcès sous-périosté avec un point osseux; guérison; l'audition paraît normale. L'auteur conseille donc de chercher ces lésions chez les tout petits et d'intervenir d'une façon précoce.

SARGNON (de Lyon).

Un cas de mastoïdite chez un enfant d'un an et demi, avec un séquestre constitué par un morceau important de la portion pétrée du temporal droit. Extraction du séquestre et de l'étrier. Guérison, par William C. BRAISLIN (*Archives of Otology*, juin 1905).

Il s'agit d'un enfant extrêmement émacié porteur d'une double otite purulente. A droite, écoulement d'une abondance extrême: l'examen du conduit au stylet faisait sentir un séquestre. Après cinq jours de lavages constants l'os nécrosé complètement mobile fut tiré avec une pince par le conduit (sans anesthésie). L'enfant ne manifesta pas de douleur. Le séquestre fut enlevé complètement, non sans déchirer légèrement le conduit à son extrémité supérieure. La dure-mère était mise à nu sur une grande surface mais n'était pas per-

forée. Pas de pansements. Irrigations de sublimé au 1 : 10.000. (On avait soin que le liquide ne tombât pas dans le pharynx par la trompe d'Eustache). Une semaine plus tard, l'étrier, mis à nu, fut extrait. L'oreille gauche guérit sans opération. A droite le tympan se reforma en douze semaines et à gauche en treize semaines. Après l'extraction du séquestre, l'état général de l'enfant s'améliora très rapidement.

Le séquestre était un fragment osseux pyramidal, sa base était constituée par la corticale de la mastoïde, sa pointe contenait un quart de l'anneau tympanal.

G. DIDSURY (de Paris).

La cure radicale de l'otorrhée, par EDWARD BRADFORD DENCH
(*Archives of otology*, fév. 1905).

Sous ce titre, l'auteur examine la longue statistique opératoire d'un établissement hospitalier de New-York ne portant pas moins que sur 19323 cas avec 218 cas de complications intra-cérébrales.

De très nombreux cas guéris par l'intervention ont été examinés plus tard au point de vue de l'audition à la voix chuchotée et à l'acoumètre et le résultat est consigné dans des tableaux.

G. DIDSURY (de Paris).

Difficultés et danger de l'intervention sur la mastoïde
par C. A. BOLLAND (*Lancet*, 30 sept. 1905, II, p. 952).

L'auteur insiste sur les cas de carie ou de nécrose, où qu'elle soit située : dans ces cas, l'extirpation totale est nécessaire, car c'est un beaucoup plus grand danger de laisser une suppuration chronique persister dans le temporal que de tenter l'opération. Les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération sont : a) des lésions de la dure-mère au niveau de la fosse moyenne ou du sinus, ou b) des lésions du nerf facial ou du canal semi-circulaire horizontal. Il considère que la possibilité d'une lésion de la dure-mère est rare, mais que si elle est faite, il se produit presque certainement de l'infection extra-durale. Le débutant peut plutôt blesser le canal horizontal que le nerf facial. Il peut ainsi occasionner une infection du labyrinthe, ou bien des bourdonnements et du vertige. Mais pour l'auteur, le principal danger est de faire une opération incomplète. Les complications qui peuvent survenir après l'opération sont la parésie temporaire du nerf facial, la guérison très lente et l'écoulement persistant : dans ces cas l'auteur emploie les greffes. Une névrite optique, résultant d'une méningite de la base, est une complication occasionnelle et rare, de même que le marasme chez les enfants débiles. Lorsque l'opération radicale a été bien exécutée, la guérison doit survenir, sauf dans le cas de cancer ou de tuberculose. Il y a même amélioration de l'audition dans un certain nombre de cas et l'auteur en conclut que toutes les suppurations chroniques doivent être traitées de cette manière.

R. LAKE (de Londres).

**Fièvre typhoïde au cours d'une cure radicale pour
otorrhée cholestéatomateuse**, par DUFAYS (*Revue hebdom.
de laryngol.*, 19 août 1905).

Cette observation est intéressante à deux points de vue : Tout d'abord, parce qu'il s'agissait d'un cholestéatome volumineux (du volume d'une noix) remplissant toute la mastoïde, ne s'étant révélé à l'otoscope que par une simple perforation de Shrapnell. Ensuite, parce que deux jours après l'intervention, différents symptômes graves apparurent, pouvant faire croire à une complication d'origine otitique. Il s'agissait en réalité d'une fièvre typhoïde qui évolua normalement. Le bourgeonnement de la plaie opératoire ne commença qu'avec la convalescence.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Diagnostic différentiel dans la thrombo-phlébite du sinus d'origine otogène, par Vos, de Riga (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, juin 1705).

L'élévation de température avec des frissons survenant au cours d'une otite sera avant tout le grand élément de diagnostic. Les frissons ont la plus grande analogie avec ceux de la malaria et l'anamnèse avec l'emploi de la quinine pourrait nous permettre de les distinguer.

Une tuberculose, évoluant chez un sujet porteur d'une otite moyenne, donne parfois lieu à des frissons qui pourraient en imposer pour une thrombo-phlébite du sinus : il faudra rechercher soigneusement la douleur à la mastoïde, ainsi que les diverses manifestations viscérales de la tuberculose.

Il faudra également la distinguer de l'endocardite infectieuse, de l'hystérie, de l'infection puerpérale, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie : ce dernier diagnostic sera particulièrement délicat, la phlébite pouvant elle-même provoquer des noyaux d'infarctus pulmonaires par transfert de fragments du caillot septique dans les vaisseaux du poumon.

Les frissons du début de l'érysipèle pourraient également être cause d'une erreur de diagnostic.

En général les antipyrétiques et spécialement le pyramidon ont une action beaucoup plus marquée sur les manifestations infectieuses précédemment énumérées que sur la pyémie proprement dite due à une phlébite du sinus.

DELOBEL (de Lille).

Un cas de thrombo-phlébite infectieuse otogène sans fièvre, par G. ALEXANDER (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1905, vol. 64, p. 89).

Un homme de 35 ans, à la suite d'une otite moyenne suppurée subaiguë à droite, présenta de la périostite de la mastoïde et une thrombo-phlébite du sinus latéral droit. Opération : mise à nu de la dure-mère, ouverture du sinus et évacuation d'un pus fétide. Guérison. L'intérêt de cette observation, c'est qu'à aucun moment, soit avant, soit après l'opération il n'y eut de fièvre. Malgré l'infection purulente du sinus, le patient ne présenta aucun des symptômes généraux de la pyémie, il conserva son appétit, et sa température ne s'éleva pas au-dessus de 37°5 ; il n'y eut aucune métastase. Pour

ces motifs, on s'abstint de mettre à nu la jugulaire. L'auteur n'a pas trouvé dans la littérature de cas semblable. L'étude bactériologique du pus montra la présence d'un diplocoque ayant les caractères du pneumocoque.

E. HÉDON (de Montpellier).

Phlébite de la jugulaire et du sinus latéral au cours d'une otite, par NOVÉ-JOSSERAND (Société de chirurgie de Lyon, 12 mars 1905, in *Lyon médical*, 16 avril 1905).

Malgré l'intervention précoce (ligature de la jugulaire, drainage du sinus), l'enfant est mort d'accidents pulmonaires par embolie septique et des foyers de gangrène pulmonaire. SARGNON (de Lyon).

Un cas de phlébite du sinus avec pyohémie; ligature de la veine jugulaire avec guérison, par E. SCHMIEGELOW (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 13 mai 1905).

Il s'agit d'une fillette de 10 ans, ayant présenté au cours d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne droite, des maux de tête, vomissements, frissons, température élevée. La trépanation de la mastoïde, pratiquée aussitôt, fit découvrir un cholestéatome fétide accolé au sinus transverse qui était couvert de lambeaux gangreneux, mais n'était pas thrombosé. Pour enrayer la marche de l'infection, on fit la ligature double et la section de la jugulaire interne saine. La température retomba à la normale en l'espace de six heures, et la guérison s'opéra rapidement.

P. PILLEMENT (de Nancy).

A propos de quelques détails ou modifications dans l'exécution de l'attico-antrectomie, par COMPAIRED (*Revue hebdom. de laryngol.*, 9 sept. 1905).

L'auteur a modifié le procédé de Botey, au moins pour ce qui se rapporte au temps de son exécution. Au lieu de faire l'incision du conduit, lorsqu'est terminée l'attico-antrectomie, comme le conseille Botey, il la pratique à la suite de l'incision rétro-auriculaire. Cela permet d'éviter que le sang, provenant de la section de l'artère temporale superficielle, inonde le champ opératoire aseptisé et rempli par la gaze aseptique placée comme pansement définitif. Une deuxième modification apportée par Compaired dans le procédé de Botey consiste à ne pas entourer de gaze ni de protectrice le tube métallique Botey que l'on place dans le conduit incisé. Il enlève ce tube au bout de trois semaines (Botey recommande six semaines). Enfin, il n'emploie plus le protecteur de Stake qu'il considère comme inutile et même dangereux. Il utilise seulement une bande étroite de gaze placée au travers du conduit osseux et dont il remplit la caisse.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Ligature de la veine jugulaire interne pour affection de l'oreille, par DUNDAS GRANT (*Journal of Laryngol. Rhinol. and Otol.*, 4 sept. 1905).

L'auteur exprime quelques doutes sur la valeur de ce procédé dans les cas de pyohémie otitique et le considère comme insuffisant pour

éviter l'extension de la thrombose septique. Dans un cas traité par cette méthode le pus fut trouvé, à l'autopsie, le long du trajet des veines prévertébrales profondes. La ligature de la jugulaire produit la stase, prédispose à la thrombose et l'auteur pense que 50% des abcès du cerveau sont ainsi causés par la thrombose phlébite du sinus latéral. La mort en outre est survenue, dans un cas, après la ligature d'une jugulaire, pendant l'extirpation d'une tumeur du cou, parce que la veine de l'autre côté n'était pas suffisamment développée. Ceci est d'ailleurs fréquent, car la veine jugulaire gauche est souvent la plus petite des deux. L'auteur donne ensuite des détails sur un cas de suppuration aiguë de l'oreille moyenne rapporté par Luc, qui fit la paracentèse, puis la trépanation de la mastoïde; à la suite, apparurent la suppuration et un abcès cervical qui fut évacué. Mais la température monta encore à 40°, puis les symptômes s'aggravèrent. Luc ligatura la jugulaire, ouvrit le sinus et évacua un caillot organisé; huit jours après le malade mourut et l'on put attribuer ce résultat à la ligature de la veine. L'avantage prétendu de cette intervention, d'après l'auteur, est l'empêchement qu'éprouvent les micro-organismes et les embolies septiques à passer dans la circulation. N'est-ce pas le contraire qui a lieu dans beaucoup de cas? Il n'en reste pas moins vrai que, dans quelques cas, cette opération est une grande ressource, et, parfois elle est bénigne, au cours par exemple des extirpations de ganglions ou de tumeurs de la région du cou: mais parfois aussi elle est dangereuse et elle doit être évitée.

R. LAKE (de Londres).

Paralysie faciale avec surdité et vertiges. Hémorragie dans le conduit auditif interne, par GAUSSEL (*Montpellier médical*, 9 juillet 1905, n° 28, p. 40).

Il s'agit d'un homme de 33 ans, alcoolique, qui brusquement fut pris d'accidents caractérisés par une paralysie faciale gauche complète et totale (avec participation du facial supérieur), par des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des vomissements, de la céphalalgie. Le vertige était tel que le malade ne pouvait se tenir debout sans un appui. L'examen de l'audition révéla une surdité complète de l'oreille gauche. La ponction lombaire donna issue à un liquide céphalo-rachidien normal, et parut améliorer surtout l'état vertigineux. Traitement électrique de la paralysie faciale. Ces symptômes s'amendèrent peu à peu. Une vingtaine de jours après l'entrée du malade, l'ouïe revenait et la paralysie faciale disparaissait. Après un mois et demi la guérison était complète. Le côté intéressant de cette observation est surtout la discussion du diagnostic. L'auteur est conduit logiquement à l'hypothèse d'une hémorragie dans le conduit auditif interne.

E. HÉDON (de Montpellier).

Scopasthénie d'origine labyrinthique et quelques irradiations singulières du noyau de Deiters, par P. BONNIER (*Arch. gén. de médecine*, 28 mars 1905).

Bonnier avait attribué à l'irritation du noyau de Deiters les symptômes suivants observés chez un malade : crises de vertige avec bourdonnement et surdité, avec irradiations vers les centres des neuvième et dixième paires, nausée et anxiété, avec dérochement hémiplégique ou paraplégique, troubles dans la sphère du trijumeau et troubles oculo-moteurs.

Une autopsie de Babinski et Nageotte, dans un cas de syndrome bulbaire, montra que le noyau de Deiters était intact au milieu de lésions complexes. Bonnier lui-même, dans une autre autopsie, fit voir le noyau de Deiters presque sain. Une autopsie publiée par Bourgeois présente ce noyau sain au milieu d'un ramollissement, ce qui lui faisait croire que les symptômes observés étaient dus aux lésions du faisceau cérébelleux direct, du faisceau de Gowers et de l'olive, et non au noyau. Bonnier les attribue plutôt à l'irritation de ce noyau. Une autre observation semblable fut publiée par Thomas.

Dans le nouveau cas examiné par Bonnier, les ictus ne sont pas centraux, mais périphériques, par apoplexie labyrinthique. La crise vertigineuse est accompagnée de vomissements; pas de sensation vertigineuse, mais dérochement rapide, immédiat et non douloureux. Le malade est plongé dans une somnolence qui ne disparaît qu'en cédant au sommeil. On a observé d'autres cas de vertige bulbaire avec crise de vigilisme absolu. Les centres scopasthéniques qui régissent le regard sont intéressés; l'accommodation est pénible et inconstante; les yeux sont animés de mouvements involontaires. A la périphérie du champ visuel, les lignes subissent une déformation sphérique. Le malade sent à vingt centimètres si un corps étranger approche de la région temporale, même sans perception auditive; c'est de la seïsesthésie ou perception non auditive de l'ébranlement aérien.

A. PASQUIER.

Vertige et troubles de l'équilibre dans les affections de l'oreille interne ne dépendant pas d'inflammations suppuratives et leur signification au point de vue du diagnostic différentiel, par WITTMACK, de Heidelberg.

Si la physiologie du limaçon est actuellement bien connue, il est loïn d'en être ainsi de celle des canaux semi-circulaires : comme moyen d'exploration clinique, nous n'avons guère à notre disposition que la recherche du vertige voltaïque : et beaucoup moins que pour la perception des sons, il nous est loisible de faire la part de ce qui, dans les troubles d'équilibre, revient à l'une ou à l'autre oreille, ou bien à d'autres organes (cervelet).

La fréquence relative des surdités nerveuses totales avec dégénérescence des rameaux cochléaires, sans troubles de l'équilibre, nous est expliquée par l'indépendance des deux branches du nerf auditif, et cette coexistence des troubles de l'équilibre et des troubles de l'audition doit, selon qu'elle existe ou non, nous faire conclure à une lésion du labyrinthe proprement dit ou à une lésion localisée à la seule branche cochléaire de l'auditif.

Suivent les observations détaillées de onze cas de surdité nerveuse sans troubles vestibulaires, et de neuf cas de surdité s'accompagnant de troubles de l'équilibre (lésions du labyrinthe proprement dites).

Dans chacune de ces observations, toutes les épreuves de l'audition et les réactions de l'auditif ont été examinées complètement et ont permis de tirer au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement des indications très utiles. DELOBEL (de Lille).

Troubles psychiques et otopathies, par GRAZZI (V^e Congrès de psychologie. Rome, avril 1905; *Gazzetta degli Ospedali*, 28 mai 1905).

L'auteur a observé chez les sourds un changement du caractère et la tendance à la misanthropie. Il rappelle le mot de Mantegazza : « L'aveugle est joyeux quand on lui parle, car on lui fait oublier son infirmité; en parlant au sourd, on lui rappelle la sienne et on augmente sa tristesse. »

Une malade de l'auteur, atteinte de végétations adénoïdes et d'occlusion des trompes due à cette cause, guérit de son apathie et de sa grave mélancolie après l'opération. Il cite un cas analogue guéri par l'ablation de masses pseudo-membraneuses du conduit.

L'auteur parle des troubles psychiques que causent les bruits subjectifs qui, en certains cas, poussent les malades au suicide.

Voici ses conclusions :

1^o Les otopathies, chez quelques individus prédisposés, sont souvent cause de troubles psychiques et intellectuels;

2^o Les otoscléroses diffuses sont de toutes les affections celles qui ont la pire influence dans l'étiologie de ces troubles;

3^o Les traitements modernes, améliorant ou guérissant les affections de l'oreille, exercent une action passagère ou durable sur les psychopathies; d'où nécessité de soumettre à de fréquents examens otoscopiques les névropathes chez lesquels on soupçonne une affection de l'oreille.

MENIER (de Figeac).

II. — NEZ ET SINUS

Altération de l'odorat et des organes en général dans la sténose nasale complète, par MARTELLI (*Arch. ital. di Laring.*, juillet 1905).

L'auteur a suturé complètement les narines d'un lapin et il a pu conclure que la sténose nasale provoque des troubles qui, plus ou moins vite, le conduisent à la mort; ces lésions affectent tous les organes; ce sont de l'emphysème pulmonaire, des hémorragies pleurales, etc.; il y a aussi des altérations de l'appareil olfactif, des lésions des cellules sensorielles de l'épithélium, de la tache jaune et du bulbe olfactif.

T. MANCIOLI (de Rome).

De la perméabilité respiratoire du nez dans les divers états pathologiques, par BURCHARDT, de Bonn (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, Berlin 1905).

L'auteur, pour étudier la direction du courant d'air respiratoire dans le nez, a adopté le dispositif expérimental suivant : sur le squelette d'un crâne les parties molles étaient remplacées par du plâtre et la cloison nasale par une lame de verre. De la fumée était aspirée dans cette cavité à l'aide d'une pompe à air et il étudiait par ses déplacements la direction du courant d'air respiratoire.

Les résultats en sont les suivants :

Dans le nez normal le courant d'air inspiratoire affecte la forme d'un arc convexe dont le sommet se trouve à la tête du cornet moyen : deux autres trajets où la fumée se déplace moins sont concentriques au premier et passent l'un par le cornet inférieur et l'autre sous le cornet supérieur : en somme on peut dire que le courant d'air inspiratoire dans un nez normal suit à des degrés divers la direction de chacun des trois méats.

Cette direction est modifiée par toutes les causes d'obstruction (polypes, crêtes de la cloison, gonflement du cornet inférieur, dégénérescence myxomateuse de la tête du cornet moyen) : en général on observe devant la cause d'obstruction un tourbillon de fumée qui indique un reflux du courant d'air qui se précipite uniquement par le passage resté libre.

DELOBEL (de Lille).

De l'état des fibres nerveuses à myéline dans les névroses réflexes nasales, par WIDAKOWICH (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 8, 1905).

Lewy ayant fait l'examen histologique des cornets inférieurs, dans plusieurs cas de névrose réflexe nasale, constata une augmentation du nombre et du volume des fibres nerveuses myéliniques, qui courent et s'anastomosent entre elles dans la couche superficielle de la muqueuse; il en conclut que dans certains cas la multiplication des fibres nerveuses à myéline est la véritable cause de la névrose nasale. Or, les recherches de contrôle, entreprises par Widakowich, ont démontré, au contraire, que dans les cas de névrose nasale réflexe, les fibres nerveuses n'étaient ni plus nombreuses, ni plus épaisses que dans les cas normaux; l'erreur de Lewy proviendrait du fait qu'il n'a pas étudié ses coupes microscopiques en série.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Occlusion congénitale osseuse de la fosse nasale, par CLAOUÉ (*Journal de méd. de Bordeaux*, juillet 1905).

Observation d'une malade atteinte d'une occlusion congénitale osseuse de la face nasale droite siégeant à la partie postérieure. Les mucosités sont retenues et accumulées dans la fosse nasale qui ne communique avec le pharynx que par un petit pertuis. Il n'existe ni ogivité de la voûte, ni déformation thoracique et vertébrale, ce qui prouve que la théorie de Korner et les expériences de Ziem reconnaissent des exceptions.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

La question de l'ozène, par FINN NYQVIST (*Norsk Magaz. f. Lægevid*, Christiania, août 1905, p. 890-895).

Dans cet excellent article, l'auteur jette un coup d'œil « synoptique » sur la question de l'ozène qu'il définit : affection chronique accompagnée de croûtes, de fétidité, d'atrophie (*rhinitis atrophicans fœtida*). Malgré ces trois symptômes, le diagnostic n'est pas toujours simple. La fétidité n'est plus un symptôme nécessaire depuis qu'on connaît des ozènes à fétidité périodique, c'est-à-dire transitoire. La recherche du bacille d'Abel et Strübing (spécial à l'ozène) aurait pour certains auteurs une importance capitale.

D'où vient la sécrétion ? Vient-elle de toute la muqueuse atrophiée ou seulement de certaines parties ? Comment une muqueuse à vaisseaux atrophiés peut-elle produire une sécrétion si abondante ? Hajek a vu que la sécrétion provient d'un foyer circonscrit intra ou extra-nasal où au contraire l'atrophie est plus ou moins marquée. Traiter ces foyers (méat moyen, amygdale pharyngée infiltrée de pus, sinus), c'est, comme l'a fait Hajek, transformer l'affection et faire disparaître les symptômes énoncés plus haut.

Döbeli a supposé que la sécrétion, composée de cellules de pus, de leucocytes polynucléés, de mastzellen, provient de la couche adénoïde sous-épithéliale bondée de cellules rondes.

L'auteur rappelle les recherches bactériologiques d'Abel et celles de Perez (*cocco-bacillus fœtidus*) ; l'injection de ce bacille amena l'atrophie des cornets antérieurs (cornets inférieurs) du lapin. Peut-être, en dernière analyse, l'ozène est-il le fait des toxines bactériennes.

Cependant, il peut y avoir des facteurs prédisposants qu'on ne doit pas négliger : nez large et aplati, hérédité ozéneuse faite aussi de l'hérédité de la forme du nez. La syphilis nasale est en connexion avec l'ozène. Ne voit-on pas souvent des syphilis du nez guéries laisser après elles un tableau clinique de l'ozène (atrophie, croûtes, fétidité) sans processus de nécrose.

La thérapeutique est encore bien défectueuse. Le traitement des cavités accessoires par les voies naturelles est moins rationnel que le fait de pratiquer des contre-ouvertures pour nettoyer ces cavités.

L'auteur a passé sous silence le traitement moderne de l'ozène par les injections de paraffine ; il semble même ignorer son existence, car il n'y fait pas la moindre allusion. MENIER (de Figeac).

Forme inverse de l'asthme des foins, par DIEULAFOY (Académie de médecine, 25 juillet 1905).

Dieulafoy présente, au nom de Bonnier, un travail sur la forme inverse de l'asthme des foins. Chez les malades observés, l'irritation nasale provoque une dessiccation notable de la muqueuse respiratoire et une diminution sensible de toutes les sécrétions. La laryngite sèche sévit surtout chez les chanteurs. L'auteur conseille le même traitement que pour la forme humide, c'est-à-dire la galvanocautérisation des points de la muqueuse nasale qui commandent les réflexes.

A. PASQUIER.

Forme rare de tuberculose nasale (condylome tuberculeux), par FRANCOPOULO (*Bull. de laryngol., otol. et rhinol.*, 30 juin 1905).

Il s'agit d'une tumeur large comme une pièce de deux francs, simulant la tête d'un champignon implantée par un large pédicule vers la partie extérieure de la cloison, sa surface exubérante, rougeâtre, mamelonnée, recouverte par place d'un ichor fétide et saignant abondamment, pouvant en imposer pour un épithélioma. L'examen histologique effaça cette impression. A. GROSSARD (de Paris).

Acné hypertrophique du nez traité par la décortication, par W. DUBREUILH (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, juillet 1905).

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, opéré d'un acné hypertrophique du nez portant surtout sur le lobule et les deux ailes. La décortication a été faite sous le chloroforme. Incision longitudinale sur le dos du nez, dissection au thermo-cautère des deux moitiés de la tumeur principale, puis ablation au bistouri et cautérisation au thermo-cautère de toutes les masses exubérantes des ailes et du dos du nez. L'opération contrôlée par un doigt introduit dans chaque narine successivement permet de sculpter un nez de forme correcte. Pas de traces de cicatrices par suite de la présence de glandes sébacées sous les parties profondes de la peau. Celles-ci respectées pendant l'opération fournissent d'innombrables points de départ à l'épidermisation, il en résulte que la peau nouvelle a le grain de la peau normale et n'est pas cicatricielle.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Hypertrophie diffuse des os de la face ; leontiasis osseus ; ostéomes multiples des sinus de la face, par MM. PATEL et PELLANDA (*Société des sciences médicales*, 21 juin 1905 ; in *Lyon médical*, 17 septembre 1905).

Il s'agit de pièces anatomiques recueillies sur un sujet âgé, non syphilitique, et mort d'infection intercurrente. L'hypertrophie siège sur le massif facial supérieur, sur le sinus frontal et le corps du sphénoïde. Les sinus sphénoïdaux ont des parois et une cloison très épaisses avec des ostéomes à l'intérieur.

Il s'agit d'une pièce rare d'ostéome diffus des os de la face, affection remontant souvent à l'époque de la croissance.

SARGNON (de Lyon).

Un cas de kyste hydatique du sinus maxillaire, par BERNEX (*Marseille médical*, septembre 1905).

Bernex rapporte un cas d'affection peu fréquente du sinus maxillaire, qu'il a eu l'occasion de traiter.

Un malade, opéré d'un kyste hydatique du foie, présenta, sept ans après cette opération, une tuméfaction survenue progressivement de la région du sinus maxillaire droit, déterminant de la névralgie sous-orbitaire et de l'odontalgie de ce côté.

Une ponction du sinus, au niveau du méat inférieur, donna issue à une assez grande quantité d'un liquide limpide, dont l'examen microscopique, par la constatation de crochets d'échinocoques, permit de poser le diagnostic de kyste hydatique du sinus.

Un lavage immédiat du sinus à la liqueur de van Swieten, fait après la ponction, n'empêcha pas la récurrence. Mais un lavage de la cavité ayant été fait plus tard par le médecin traitant, en pleine période de coryza, il s'en suivit une sinusite aiguë avec écoulement purulent dans le méat moyen.

La cure radicale de cette affection, selon la méthode de Luc, permit de confirmer le diagnostic (la curette ayant ramené des débris de vésicules hydatiques) et amena la guérison complète au bout de quinze jours.

NIEL (de Marseille). II

Tumeur maligne du sinus maxillaire de nature épithéliale; nécrose du maxillaire supérieur; diagnostic; opération, par P. CAUZARD (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 29 juillet 1903).

Il s'agit d'un malade, âgé de 66 ans, présentant sur la voûte palatine et dans le repli gingivo-buccal droit deux tuméfactions rénitentes; absence complète de dents de ce côté; obstruction nasale complète du côté droit. On pense à une sinusite chronique suppurée avec séquestres. Lors de l'opération, on tombe dans un foyer rempli de séquestres, de bourgeons et d'os nécrosé. La paroi antéro-externe du sinus maxillaire est enlevée; l'arcade dentaire n'existe pour ainsi dire plus. On résèque tout ce qui est nécrosé. On pense alors à une tumeur maligne épithéliale. Ce diagnostic fut confirmé plus tard par l'examen histologique et l'évolution des lésions. Au bout de six semaines, des ulcérations apparurent sur la pommette et la voûte palatine. Cachexie progressive.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Étude critique des sarcomes de l'intérieur du nez, par G. FERRERI (*Gazz. degli Osped.*, p. 391).

La pathologie de ces sarcomes confirme une fois de plus le lien indissoluble unissant la clinique et l'anatomie pathologique; grâce à ces deux sciences, on arrivera à un diagnostic et à un pronostic exacts.

Un grand nombre des prétendus sarcomes du nez doivent être plutôt, de par leurs caractères histologiques, rangés parmi les épulis, les granulomes, les endothéliomes sarcomateux, les sarcoïdes.

En face des sarcomes vrais, qui ne récidivent cependant pas, nous devons confesser notre ignorance ou admettre qu'entre les sarcomes il y a des différences dépendant de causes intrinsèques ou extrinsèques encore inconnues.

MENIER (de Figeac).

Volumineux carcinome des fosses nasales, par LÉPOUTRE (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 9 septembre 1903).

Un homme, âgé de 86 ans, vit évoluer progressivement, de mars 1904 à mars 1905, une tumeur qui apparut d'abord à la partie droite du nez pour envahir ensuite le nez en masse. En mars 1905, le nez

ne forme plus qu'une énorme tumeur ulcérée avec une zone fluctuante à la partie supérieure, et ayant l'aspect de choux-fleurs épithéliaux à l'orifice des narines.

La tumeur fut excisée en totalité et un lambeau de peau frontale rabattue sur la surface cruentée. L'ouverture nasale est maintenue par un tampon de gaze.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma diffus. Les suites opératoires furent normales, mais, un mois plus tard, on observait une récurrence.

A. PASQUIER.

Sarcome du vomer, par A. HERRING, de Baltimore (*American Journal of Medical Sciences*, août 1905, p. 209).

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans; coup à la tête, côté droit, en décembre 1903; mal de tête et d'oreille, adénopathie cervicale du côté droit, saignement de nez. L'auteur l'a examiné en juin 1904 et a observé une petite tumeur vasculaire siégeant sur le côté droit du vomer avec anesthésie des nerfs sus-orbitaire et maxillaire supérieur. Opération exploratrice: tumeur s'infiltrant dans la paroi pharyngienne. Mort après l'ablation incomplète de la tumeur.

Examen anatomo-pathologique: tumeurs sarcomateuses secondaires au cerveau et au crâne, tumeur primitive s'infiltrant largement à travers l'os sphénoïde. Au point de vue histologique, la tumeur présente les caractéristiques d'un sarcome fuso-cellulaire.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Tumeurs malignes des fosses nasales; un cas d'épithélioma de l'ethmoïde; résection maxillo-orbito-naso-frontale; ablation de l'ethmoïde: guérison opératoire, par Pierre CAUZARD (*Bull. de laryngol., otol. et rhinol.*, 30 juin 1905).

Les tumeurs malignes des fosses nasales sont de plusieurs natures:

1° Ce sont des sarcomes.

a) *Fibro-sarcomes*, avec point d'origine sur la cloison;

b) *Ostéo-sarcomes* (parois osseuses des fosses nasales);

c) *Chondro-sarcomes* (cartilage de la cloison ou des ailes du nez);

d) *Mélano-sarcomes*.

Les épithéliomas forment la seconde catégorie. Enfin il existe des tumeurs mixtes constituées soit par des dégénérescences épithéliales de myxomes ou d'adénomes récidivants, soit par des épithéliosarcomes.

Ces tumeurs malignes, si l'on considère leur topographie, peuvent être divisées en deux séries.

1° Tumeurs de l'étage antéro-inférieur (narines, méat inférieur et partie antérieure du méat moyen;

2° Tumeurs de l'étage supéro-postérieur, répondant à la partie postérieure du méat moyen, au méat supérieur, à l'ethmoïde.

Cauzard rapporte un cas d'épithélioma cylindrique de l'étage supéro-postérieur d'origine ethmoïdale qu'il a opéré chez un homme de 62 ans.

A. GROSSARD (de Paris.)

Un cas de méningite suppurée à staphylocoques, d'origine frontale, guéri par l'ouverture précoce du crâne et de la dure-mère, par H. LUC, de Paris (*Presse oto-laryngologique Belge*, n° 9, 1905).

Chez un homme de trente ans, une sinusite frontale aiguë est suivie rapidement d'ostéite de voisinage, nécessitant une vaste ouverture du foyer par l'extérieur; il a fallu à l'auteur exécuter trois opérations consécutives, à des intervalles plus ou moins éloignés, sur le sinus frontal et l'os frontal envahi par un processus d'ostéo-myélite. La dure-mère fut mise à nu dans une grande étendue et une grande quantité de pus s'échappa par une fistule de la dure-mère, pus qui provenait de l'espace arachnoïdien.

La latence de la méningite suppurée fut, dans ce cas, presque absolue et seulement marquée par de la céphalalgie. L'auteur est tenté de considérer les foyers de lepto-méningite de la convexité comme plus curables chirurgicalement que ceux de la base; en outre ils ne nécessiteraient pas, comme ces derniers, l'adjonction de la fonction lombaire à l'ouverture crânienne.

H. DE STELLA (de Gand).

Conjonctivite d'origine nasale, par RODERO (*Boletín del Colegio de médicos de Cacerès*, Agosto, 1905).

Les relations existant entre certaines affections des voies lacrymales et celles des narines sont bien connues et on ne peut souvent guérir celles-là qu'en traitant celles-ci. Le docteur Roderó publie une clinique où il attire l'attention sur ce fait et il cite des exemples de conjonctivite guéris, sans traitement local, par de simples lavages du nez. D'après lui, la conjonctivite scrofuleuse des enfants serait due à un catarrhe chronique du nez, propagé à la conjonctive par les voies lacrymales. Cette affection, en effet, qui résiste pendant des années à tous les traitements, guérit vite et facilement, grâce à un traitement nasal bien dirigé. Il est donc très utile aux ophtalmologistes de pratiquer un examen fréquent et minutieux des fosses nasales.

E. BOTELLA (de Madrid).

Infection orbitaire et méningée d'origine ethmoïdale; mort, par J. MAC CAW (*Amer. J. of med. Sciences*, août 1905, p. 203).

Homme de 40 ans, ayant un catarrhe nasal depuis dix ans et, depuis trois ans, un écoulement purulent des deux narines, puis de la dépression et de la lassitude. Deux mois avant, il souffrit d'une douleur intense à la racine du nez et du côté gauche de la face, où apparut une tuméfaction qui envahit l'orbite. Des accidents graves survinrent, avec tuméfaction dans la région temporale gauche. Devant ces symptômes très graves, l'auteur incisa à ce niveau, mais le malade était trop bas et il mourut 24 heures après. A l'autopsie, on trouva la propagation de l'inflammation des cellules ethmoïdales gauches à la région orbitaire et aux méninges cérébrales, à travers la fente sphénoïdale.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Sur les abcès du lobe frontal d'origine nasale, par SEIFERT
(*Rev. hebdom. de laryngol.*, 17 juin 1905).

L'auteur passe en revue les différents cas de ce genre épars dans la littérature médicale et y ajoute une observation personnelle. Il s'agit d'un malade atteint de sinusite frontale bilatérale. Pour donner issue au pus, on fit la résection des cornets moyens. Les douleurs diminuèrent, mais quelques jours après, le malade succomba à un abcès du lobe frontal droit, abcès qui fut vérifié à l'autopsie.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Un cas de méningo-encéphalite séreuse d'origine nasale, par ERZFELD (*Berlin. klin. Woch.*, n° 10, 1905).

L'auteur fait ressortir les communications qui existent entre les lymphatiques de la muqueuse nasale et l'espace sous-dural et sous-arachnoïdien; de plus, les terminaisons du nerf olfactif entourés de la pie-mère et de l'arachnoïde vont directement du crâne dans les cavités nasales.

La méningite séreuse n'est pas cependant d'origine parasitaire; c'est un oedème inflammatoire qui peut prendre naissance dans les plexus choroïdes et aussi sur la pie-mère corticale pourvue de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques.

L'auteur a vu un cas de méningite séreuse répété deux fois chez le même individu à la suite de suppuration des sinus frontaux. La première fois, il n'eut que de la céphalée, la deuxième fois: coma et convulsions généralisées.

MENIER (de Figeac).

Un cas de rhinoplastie de l'ancien Hôpital général, par DIGMANN (*Hospitalstidende*, 23 août 1905. Avec 2 planches).

Ce cas est très intéressant, car la malade fut opérée en 1853 et, plus de cinquante ans après, nous pouvons (chose rare) contrôler le résultat de l'intervention.

Il s'agissait de la destruction de l'aile droite, du septum, de la moitié gauche de la lèvre; ceci se passait en 1847. En 1853, toutes les parties osseuses du nez étaient détruites, le dos du nez aplati. On fit la rhinoplastie par le procédé de Dieffenbach. Le lambeau auto-plastique fut pris sur le front.

La malade, vue en 1905, a un nez d'aspect normal, à tel point que jamais aucun médecin de son village n'a rien remarqué d'extraordinaire.

Il s'agissait dans ce cas, sans doute, de syphilis tertiaire, congénitale ou acquise dans l'enfance.

MENIER (de Figeac).

La cure radicale des pansinusites de la face, par BROECKAERT, de Gand.

Broeckkaert publiait, dans le numéro de mars de la *Presse otolaryngologique belge*, un cas d'endothéliome ethmoïdal, qui lui avait procuré l'occasion de rappeler la bibliographie de cette rare affection, dont la littérature médicale ne compte environ qu'une douzaine

de cas, et la technique opératoire employée jusqu'ici pour l'ablation de ces tumeurs.

A l'occasion de ce malade, Broeckart préconisa une nouvelle méthode pour procéder au curettage complet de tous les sinus atteints de suppuration chronique.

PREMIER TEMPS. — *Incision des parties molles.* L'incision part de l'union du tiers moyen avec le tiers externe du rebord orbitaire, contourne l'angle interne de l'œil en n'intéressant que la peau, puis descend dans le sillon naso-génien et contourne l'aile du nez du premier coup à fond jusqu'à l'os.

DEUXIÈME TEMPS. — *Rabatement des parties molles du nez.* Le lambeau cutanéopériosté est décollé à la rugine en ménageant le sac lacrymal, le globe oculaire est récliné en bas et en dehors, le nez est rabattu sur le côté.

TROISIÈME TEMPS. — *Agrandissement de l'orifice piriforme.* On résèque la branche montante du maxillaire, l'os propre du nez et une partie de l'os unguis; on respecte l'arête médiane.

QUATRIÈME TEMPS. — *Ethmoïdectomie.* On glisse une gouge étroite, au ras de la suture fronto-nasale, parallèlement à la lame criblée, en l'enfonçant vers la partie postérieure des fosses nasales jusqu'au niveau du corps du sphénoïde. On enlève ensuite les cellules ethmoïdales avec la pince plate de Luc et une curette. On extirpe aussi le cornet moyen.

CINQUIÈME TEMPS. — *Curettage sphénoïdal.* Il suffit d'effondrer la paroi antérieure du sinus avec la curette, mais on agira avec prudence en haut et en dehors.

SIXIÈME TEMPS. — *Résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire et de la paroi sinuso-nasale. Curettage maxillaire.* Cette résection donne un large jour suffisant.

SEPTIÈME TEMPS. — *Curettage frontal.* L'ouverture du sinus frontal se fait d'après un des procédés indiqués par divers auteurs, selon sa dimension. L'épine nasale étant enlevée, on peut, avec un stylet, explorer la forme et la dimension de ce sinus.

HUITIÈME TEMPS. — *Remise en place de la pyramide nasale et sutures.* L'auteur rapporte une observation de suppuration chronique de l'antre maxillaire droit associée à de la sinusite fronto-ethmoïdale droite, qu'il a opérée avec succès par ce procédé.

A. PASQUIER.

III. — LARYNX

Hémiplégie du larynx et hémiatrophie de la langue par lésion bulbaire, par PASQUIER (*Bull. de laryngol., otol. et rhinol.*, 30 juin 1905).

Femme de 29 ans, présente une paralysie de la corde vocale droite et une atrophie de la moitié droite de la langue.

Le professeur Brissaud a confirmé l'opinion de l'auteur qu'il s'agissait d'une lésion centrale, localisée près de l'olive.

A. GROSSARD (de Paris).

Laryngosténose aiguë récidivante par laryngite hypoglottique. Intubation répétée avec des tubes très légers de vulcanite, par CITELLI (*Arch. ital. di Laryngologia*, Naples, avril 1905).

C'est un enfant de 3 ans 1/2 qui, à la suite d'une rougeole, fit une laryngosténose; on pratiqua la trachéotomie; quatorze mois après, il eut une nouvelle attaque de laryngosténose à la suite d'un refroidissement, qui fut combattue par des intubations répétées. Au cours d'une de ces intubations, il y eut une crise de suffocation, avec trismus et contractures généralisées, à la suite d'une extubation spontanée. Avec l'ouvre-bouche de Roter, l'auteur le réintuba, puis, par la cicatrice de trachéotomie ancienne, il passa une nouvelle canule. Il réussit ensuite à remettre des tubes en vulcanite très légers qui furent bien supportés.

T. MANCIOLI (de Rome).

Tuberculose laryngée et grossesse, par CHARRIN et DEHÉRAIN (Congrès de la Tub., octobre 1905).

Les auteurs ont remarqué la grande fréquence de la tuberculose laryngée chez les femmes enceintes. Sur 32 cas de tuberculose pulmonaire observés à la Maternité, 9 avaient de la laryngite bacillaire. Cette coexistence de lésions est une nouvelle preuve des rapports, qui existent entre le larynx et les organes génitaux.

A. PASQUIER.

Traitement de la tuberculose laryngée, par SAXTORPH STEIN, de Copenhague (*Hospitalstidende*, 23-30 août 1905).

L'auteur s'applaudit, et avec raison, d'avoir évité à quelques malades incurables un long martyre.

On ne doit jamais négliger le traitement général. Quant au traitement local, on pourra débiter par les inhalations mentholées (2 gr. par jour). Si les symptômes douloureux persistent, on badigeonnera au menthol ou on fera des insufflations avec le mélange : anesthésine-amyloforme-menthol (2 à 3 gr.), tout en faisant continuer les inhalations mentholées. Pour les malades au lit, employer les inhalations d'anesthésine, un quart d'heure avant le repas ou *ad libitum*. Dans les cas très douloureux, employer soit les émulsions d'anesthésine, soit la poudre morphine-cocaïne.

Si nous parcourons les observations de l'auteur, nous voyons que, le cas échéant, il a eu recours aux badigeonnages à l'acide lactique (cas I, guérison) et à l'emploi de l'orthoforme. La seringue qu'il emploie pour les émulsions peu fluides semble intelligemment adaptée aux

besoins de la pratique. Il pratique une injection par jour, de préférence le matin¹.
MENIER (de Figeac).

Cas rare d'œdème de la glotte, par Emil MAYER (*American Journal of Medical Sciences*, août 1903, p. 205).

Il s'agit d'un homme âgé de 51 ans. Accès subit de dyspnée intense. On trouva une grosse tuméfaction œdémateuse qui remplissait la moitié droite du larynx et qui était due à une infection septique consécutive à une laryngite syphilitique. Guérison après incision assez large et emploi de pulvérisations d'adrénaline.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Corps étranger du larynx, par FRANCOPOULO (*Bull. de laryngol., otol. et rhinol.*).

A la suite d'un accès d'éternuement, une jeune fille inspire une épingle qu'elle tenait entre ses lèvres. Immédiatement, accès de suffocation, toux spasmodique et calme relatif avec sensation de piquûre localisée dans la région hyoïdienne. Au laryngoscope, on découvre l'épingle dans le larynx, la tête appuyée contre la corde vocale droite et son extrémité pointue fichée dans la partie supérieure de l'aryténoïde droit. Enlèvement à la pince. A. GROSSARD (de Paris).

Corps étranger du larynx et de l'œsophage, par APARICIO ARJONA (*Gaceta medica del norte*, n° 127).

Une petite fille de 18 mois, jouant avec sa sœur, avale un bouton. L'état général réclame une trachéotomie, mais le bouton était enclavé dans la glotte, ce qui compliquait la situation, et une fois le corps étranger enlevé, on ne pouvait sortir la canule, sous peine de voir l'enfant devenir cyanotique et asphyxiée; une bronchite capillaire emporta la petite malade. L'auteur constate néanmoins la grande tolérance du larynx de la petite fille pour ce corps étranger.

E. BOTELLA (de Madrid).

Casuistique des sangsues dans le larynx, par SAITTA (*Rassegna internaz. della med. moderna*, VI^e année, f. 1).

Dans les *Pronostics* d'Hippocrate on lit la phrase suivante : « Chez ceux dont la bouche se remplit souvent de sang, le jour et la nuit, sans qu'il y ait maladie du cerveau, ni toux, ni vomissement, ni fièvre, ni douleurs de poitrine ou de dos, il faut examiner le nez et la gorge. Là vous trouverez une plaie ou une sangsue. » L'auteur déplore que dans les récents traités de pathologie ou de séméiotique on ne fasse presque jamais allusion au fait mis en lumière par le père de la médecine et que dans le diagnostic différentiel des hémoptysies on ne pense pas à l'influence nocive de la sangsue cachée dans les voies aériennes supérieures. L'auteur cite la monographie savante

1. A noter l'emploi de l'huile d'olive pure à laquelle Freudenthal avait eu déjà recours dans les cas où l'on ne sait plus que faire. L'auteur a fait aussi un large usage du tube de Leduc.

et complète du prof. Condorelli. Il rapporte dix-huit observations personnelles de sangsues dans les voies respiratoires supérieures; dans ces cas il y eut toujours crachement de sang ou épistaxis. Les malades furent débarrassés soit par l'extraction toujours difficile, soit par la descente de la sangsue dans l'estomac, due à un mouvement de déglutition ou à l'emploi du tube de FAUCHÉ quand l'animal était fixé à l'œsophage. Il semble que le milieu stomacal soit défavorable à l'annélide. Selon l'auteur, quand le diagnostic de sangsue dans le larynx est certain, on ne doit jamais recourir à la trachéotomie.

MENIER (de Figeac).

Une sangsue dans le larynx, par OLIVIERI (*Società Lancisiana d. Osped. di Roma*, juin 1905).

L'auteur passe en revue la littérature et fait observer que le plus long séjour de la sangsue dans le larynx (26 jours) se rencontre dans son cas.

Le malade avait bu de l'eau d'un fossé. Il eut d'abord une sécrétion catarrhale avec fréquents efforts d'expulsion, peu de toux, voix rauque, sensation subjective de corps mobile avec vomissements ou légers accès de suffocation. Il eut ensuite des crachats sanglants, nummulaires, non spumeux. Pas de dépérissement.

On pensa à la tuberculose pulmonaire ou à un anévrysme; l'examen laryngoscopique révéla la présence de la sangsue (*hirudo officinalis*) qui fut enlevée avec la pince de Fauvel. Le malade guérit immédiatement.

L'auteur dit que presque toujours il s'agit d'*hæmopsis vorax* plus petite (la majorité des cas se rencontre dans la Sicile orientale). Il montre le danger du traitement médical (vomitifs, inhalations de chloroforme) qui peut amener la chute de l'animal dans la trachée, d'où accidents graves. L'extraction directe par les voies naturelles s'impose donc.

MENIER (de Figeac).

Encore les sangsues dans le larynx, par BORSOTTI (*Morgagni*, n° 375, 16 septembre 1905).

A propos du cas analysé dans le numéro de novembre-décembre des *Archives internationales de laryngologie* (page 111), Borsotti, de Choassi, dit avoir observé en 1891 un cas semblable à la clinique de Pise; mais, la sangsue était restée quatre mois dans le larynx. Pendant tout ce temps-là, le malade avait rejeté du sang en grande quantité et par périodes précédées d'une sensation de suffocation dans le larynx. En dernier lieu, il rejeta une masse plus volumineuse que les autres dans lesquelles ou trouva une sangsue énorme; après quoi les hémorragies et les troubles respiratoires cessèrent. Le malade, chasseur passionné, avait dû avaler le parasite en buvant dans quelque fossé.

MENIER (Figeac).

Fibrome du larynx chez un enfant âgé de trois ans.
Trachéotomie puis laryngo-fissure et intubation pro-

longée, par Thomas-G. HARRIS (*Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, juillet 1905).

Cas terminé par un succès.

G. DIDSBUY (de Paris).

Les polypes du laryngo-pharynx, par R. BOTEY (*Revue hebdom. de laryngol.*, 26 août 1905).

Ce sont des tumeurs spéciales, à très long pédicule, lisses, de même couleur et consistance que la muqueuse du pharynx, atteignant une longueur de plusieurs centimètres et un diamètre comparable à celui d'un doigt. Ces tumeurs s'implantent presque toutes dans le pharynx inférieur, très rarement plus bas. Ils se manifestent par divers symptômes : sensation de corps étranger dans la gorge, chatouillements, nausées, crises de suffocation lorsque le polype se place à l'entrée du larynx. Au point de vue anatomo-pathologique, ce sont, d'après l'auteur, des *cystomes simples polypiformes*. Le traitement consiste en l'extirpation à l'aide des ciseaux ou de l'anse chaude.

P. PILLEMENT (de Nancy).

IV. — PHARYNX

Remarques sur une publication de Mann : « Paralyse du voile du palais, » par RÉTHI, de Vienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* août 1905).

De recherches expérimentales et cliniques, RÉTHI avait pu précédemment conclure que le muscle élévateur du voile était tributaire, non pas du facial, mais du nerf vague.

Le docteur Mann a combattu ces assertions, prétendant que l'innervation du muscle pharyngo-staphylien est sous la dépendance du plexus pharyngien : or on ne peut nier que ces filets nerveux ne proviennent du pneumogastrique.

Mann s'était d'autre part appuyé sur les cas où la paralysie du voile du palais coexiste avec une paralysie faciale d'origine otique. Ces faits sont connus depuis longtemps : mais quelle que soit l'explication qu'on leur donne, ils ne peuvent infirmer les conclusions positives que permettent de formuler les constatations cliniques de paralysie faciale complète avec troubles du territoire du grand nerf pétreux superficiel, sans altération de la motilité du voile. Et d'autre part l'apparition d'une paralysie des mêmes muscles du voile au cours d'un syndrome établissent la notion d'une compression du pneumo (tumeurs de la base du crâne vérifiées à l'autopsie) et évoluant sans paralysie faciale.

DELOBEL (de Lille).

Des végétations adénoïdes chez les nourrissons, par E.-J. MOURE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 août 1905).

Les végétations des nourrissons semblent avoir été laissées dans

l'oubli, alors qu'elles méritent pourtant une description particulière tant au point de vue des symptômes qu'elles déterminent que du traitement qui leur est applicable. Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, le diagnostic n'est pas toujours très facile, le symptôme qui éveille surtout l'attention du médecin : c'est la gêne respiratoire du bébé qui le force à dormir la bouche ouverte et à se sortir du sein précipitamment pour respirer de l'air. On observe parfois chez les nourrissons porteurs de végétations adénoïdes, lorsqu'ils pleurent ou même qu'ils dorment, une sorte de coassement rappelant le cri de la grenouille. Il est d'une importance capitale de faire un diagnostic car ces tumeurs peuvent non seulement compromettre le développement du nourrisson, mais encore occasionner tout une série d'accidents infectieux. L'auteur recommande d'opérer avec l'adénotome à griffe. On peut opérer quinze ou vingt jours après la naissance si la gêne respiratoire empêche le nourrisson de s'alimenter ; si le bébé se développe bien, on peut attendre qu'il ait sept à huit mois. Dans ce cas, la récurrence est possible, aussi est-il utile de revoir les enfants vers l'âge de quatre ou cinq ans.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Végétations adénoïdes chez les nourrissons, par LE MARC HADOUR (Soc. de pédiatrie, 20 juin 1905).

Les végétations adénoïdes sont très fréquentes chez le nourrisson. Elles sont un obstacle à la croissance parce qu'elles gênent les tétées et parce que leurs sécrétions dans le pharynx nasal peuvent devenir le point de départ d'infections intestinales secondaires. Elles provoquent parfois une toux réflexe coqueluchoïde avec ou sans vomissements. L'ablation des végétations adénoïdes est suivie d'un accroissement rapide de l'enfant, tel que le montrent les graphiques présentés par l'auteur.

A. PASQUIER.

Tuberculose primitive des végétations adénoïdes, par F. IVENS (*Lancet*, 16 septembre 1905, p. 817).

L'auteur a examiné trente-cinq végétations adénoïdes enlevées par la curette, et dans un seul cas, il a trouvé de la tuberculose typique : c'était chez un enfant, âgé de trois ans qui présentait une suppuration de l'oreille et une adénopathie cervicale tuberculeuse.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Gangrène et ulcérations pharyngo-laryngées post-rubéoliques, par DEGUÏ et LE PLAY (*Ann. de méd. et chir. infantiles*, 15 août 1905).

Un enfant de 3 ans et demi, soigné pour une rougeole, présente, au bout de douze jours, de grandes oscillations thermiques atteignant jusqu'à 40° 6 ; cet état persiste pendant une semaine ; la température retombe à la normale pour s'élever de nouveau pendant une vingtaine de jours. A cette époque apparaît une ulcération gangreneuse de la face interne des joues et de la commissure labiale. Des phénomènes de tirage et d'asphyxie se manifestent ; on pratique l'intubation qui n'empêche pas l'enfant de mourir.

A l'autopsie on découvre de nombreuses granulations tuberculeuses disséminées et, au niveau de la région susglottique, les replis aryéno-épiglottiques et les fossettes glosso-épiglottiques complètement gangrenés.

Les mêmes auteurs ont observé chez un enfant de 3 ans, qui avait eu la rougeole il y a un mois, des ulcérations térébrantes et nécrosantes des piliers et des amygdales; à gauche, amygdale et piliers avaient disparu; à droite, le pilier antérieur, en partie disparu, présentait une perforation ovale à sa partie supéro-externe; l'amygdale et le pilier postérieur étaient ulcérés.

A. PASQUIER.

Un cas de syphilis pharyngée et pulmonaire ayant simulé de tous points la tuberculose, par MERY et E. TERRIEN (*Ann. de méd. et de chir. infantiles*, 15 août 1905).

L'ulcération syphilitique pharyngée peut simuler de tous points l'ulcération tuberculeuse. Chez un enfant de 9 ans, on observa une ulcération pharyngée, accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire intense défigurant le malade; en même temps on constatait des lésions pulmonaires au sommet droit. Une injection de tuberculine ne donna aucune réaction; on pensa à appliquer le traitement anti-syphilitique et tous les symptômes s'amendèrent: l'adénopathie disparut et l'ulcération se cicatrisa progressivement.

A. PASQUIER.

Signification des dépôts tuberculeux sur les amygdales, par Wood (*Journal of the American Medical Ass.*, n° 18, 1905).

Le tissu amygdalien s'infecterait à cause de sa structure anatomique, plus facilement que les autres parties des voies respiratoires supérieures. Dans presque tous les cas de tuberculose pulmonaire avancée, les amygdales sont infectées. Dans 5 % des amygdales pharyngiennes, il y a de la tuberculose primitive; celle de l'amygdale palatine est plus rare. Ces infections amygdaliennes sont souvent la cause de l'adénite cervicale tuberculeuse. Le danger d'une infection tuberculeuse générale venant des amygdales est à peu près égal à celui qui provient de la tuberculose des ganglions cervicaux.

Les amygdales seraient, suivant l'auteur, plus résistantes aux toxines bactériennes que les autres tissus adénoïdiens.

MENIER (de Figeac).

Amygdalite tuberculeuse occasionnant la mort par méningite tuberculeuse subaiguë, par F. ROMERO (*Revista ibero-americana de ciencias médicas*, septembre 1905, p. 207-213).

L'auteur rapporte l'observation d'un ingénieur de 24 ans qu'il trouve avec les signes d'une infection (température 38° 5, 39°; douleurs erratiques, céphalée, langue saburrale, météorisme). Il examine le « vernis » pharyngien et y trouve du bacille de Koch. Il est bon de dire que, dix jours auparavant, un médecin avait jugé à propos d'inciser les amygdales pour les décongestionner, le malade étant atteint d'an-

gine. Au bout de quelques jours, le malade succomba en présentant du strabisme, les convulsions, le rictus de la méningite aiguë.

L'auteur pense que l'incision amygdalienne ouvrit la voie à la propagation tuberculeuse vers l'oreille moyenne; le bistouri sema le bacille dans l'incision et en facilita la migration par voie circulatoire. Le malade présentait depuis longtemps une incurvation de la poitrine et une taille très élevée (2 mètres environ), ainsi qu'une légère diminution du murmure vésiculaire; de plus, il était paludique.

Romero conclut qu'il faut, avant d'agir sur les amygdales, désinfecter la bouche et le pharynx; ne jamais employer le bistouri; s'assurer de la nature de l'agent pathogène (microscope, inoculations aux animaux); examiner avec soin les poumons et, après chaque expectoration, faire pratiquer l'antisepsie de la bouche. Il est d'avis que les amygdales devraient être enlevées chez tous les sujets dont l'organisme est lymphatique, de manière à prévenir l'invasion des bacilles de Koch, d'autant plus que le rôle des amygdales est nul au point de vue physiologique.

MENIER (de Figeac).

Contribution à l'étude de l'ossification des amygdales, par H. HALKIN.

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux exemples de cette anomalie de l'amygdale. Dans un premier cas comportant un morceau d'amygdale enlevé à un jeune homme de quinze ans, il se trouve plusieurs petits noyaux cartilagineux. Le deuxième cas comporte les amygdales enlevées à l'autopsie d'une femme de cinquante et un ans. Dans les deux amygdales existait une véritable charpente osseuse et des traînées cartilagineuses.

Quant à l'explication de ce phénomène, l'ossification se fait certainement aux dépens de nodules cartilagineux et le mode d'ossification s'écarterait peu des lois qui régissent la formation des os du squelette.

H. DE STELLA (de Gand).

Papillome du naso-pharynx simulant un épithélioma, par Thomas, G. HARRIS (*Journal of Laryngology, Rhinology and Otolology*, juillet 1905).

Courte relation clinique avec examen histologique de Jonathan Wright.

G. DIBSBURY (de Paris).

Papillome du rhino-pharynx, par T. J. HARRIS, de New-York (*Journal of Laryngology*, juillet 1905).

La tumeur, observée chez une femme de 60 ans, sessile, peu vasculaire et ayant l'apparence de chou-fleur, avait son siège à la paroi postéro-supérieure du rhino-pharynx. Ablation à la pince et curetage. On diagnostiqua un carcinome, mais l'examen histologique n'a pas confirmé distinctement le diagnostic entre papillome et carcinome. Néanmoins, il n'y a pas de récurrence depuis quinze mois.

HAROLD BARWELL (de Londres).

Un cas de sarcome primitif de l'amygdale palatine,

traité par les rayons de Röntgen, par SANTI PUSATERI (Acad. de méd. de Turin, 14 juillet 1904).

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui, en février 1904, vint à la clinique; il avait un sarcome de l'amygdale gauche avec métastases ganglionnaires au cou. On le traita par les rayons X; il fut renvoyé cliniquement guéri. La tumeur s'étendit à l'amygdale droite et récidiva deux fois; le malade mourut vingt et un mois après le début de l'affection. A l'autopsie, masse néoplasique lardacée, allant du cou à la région antérieure du thorax et à l'épaule droite, métastases axillaires, thyroïdiennes, myocardiques, hépatiques et stomacale. Amygdales atrophiées. La tumeur était un sarcome à cellules rondes; dans les amygdales il y avait quelques îlots de tissu lymphoïde, tout le reste était du tissu connectif transformé en tissu fibro-scléreux: quelques vaisseaux oblitérés.

Le cas est intéressant :

- 1° Par le volume de la tumeur;
- 2° Par l'état des amygdales après le traitement radiothérapique;
- 3° Par l'efficacité du traitement dans la tumeur des parties superficielles (amygdales) et son inefficacité dans les métastases profondes (ganglions du cou).

MENIER (de Figeac).

Trois cas de tumeurs télangiectasiques de la gorge, par J. GAREL (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 4^{er} juillet 1905).

Les tumeurs angiomeuses de la gorge sont assez rares. Elles ne se manifestent pour ainsi dire par aucun symptôme. L'auteur en rapporte trois observations. Dans la première, il s'agit de tumeurs télangiectasiques multiples du voile du palais, des piliers, des amygdales, de la paroi postérieure, du pharynx, du larynx, du cou et du thorax, chez un homme de 42 ans. Plusieurs des îlots pharyngés rétrocedèrent d'eux-mêmes. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 35 ans, présentant sur le pilier postérieur une petite tumeur angiomeuse. Dans le troisième, la tumeur télangiectasique était située sur l'amygdale gauche et était survenue à la suite de l'amygdalotomie.

P. PILLEMENT (de Nancy).

V. — BOUCHE

Du prognathisme inférieur, par V. GALIPPE (Académie de médecine, 18 juillet 1905).

Le prognathisme inférieur est un stigmate de dégénérescence, autant chez les animaux que chez l'homme. On le rencontre surtout chez les dogues de Bordeaux et les bull-dogs. A cette anomalie se surajoutent des déformations du système dentaire, de la voûte palatine et de la lèvre supérieure. Cette dégénérescence est plus rare chez les animaux sauvages. Le prognathisme s'accompagne souvent d'un raccourcissement et d'une torsion des membres, surtout des

antérieurs. Les causes primordiales sont difficiles à trouver chez l'homme parce qu'on ne possède pas de crânes de prognathes inférieurs. Chez les acromégaliens on voit aussi un développement considérable du maxillaire inférieur, ainsi que de la lèvre inférieure; la langue et le nez prennent un développement parfois très grand, et l'on observe des anomalies des organes génitaux. Les prognathes inférieurs, comme les acromégaliens, sont peu intelligents. Le maxillaire inférieur a une forme arrondie et la symphyse mentonnière est très élevée. Il n'est pas rare de trouver chez ces personnes des végétations adénoïdes et de leur voir posséder le facies adénoïdien.

A. PASQUIER.

Contribution à l'étude de la salive comme moyen de défense naturelle de la bouche, par H. PARANHOS (*Revista medica de Sao Paulo* (Brésil), n° 2, 1905, p. 29-31).

L'auteur a répété les expériences d'Hugenschmidt; il a fait aussi de nouvelles recherches.

Voici les conclusions auxquelles il arrive :

I. Malgré l'abondance de la flore microbienne de la bouche, les lésions de cette cavité n'ont pas de pronostic grave, grâce à l'énergie de la défense organique et naturelle dont la bouche est providentiellement pourvue.

II. La salive n'a pas d'action bactéricide sur les germes de la bouche.

III. Tout le rôle défensif de la salive est représenté par sa grande puissance *chimiotaxique positive*, qui favorisent la phagocytose, garantit l'intégrité de l'épithélium buccal contre l'assaut des micro-organismes qui vivent dans le voisinage.

MENIER (de Figeac).

Formes microbiennes du muguet, par M. et M^{me} BOURGUIGNON (*Soc. de biologie*, 29 juillet 1905).

Leurs nouvelles recherches bactériologiques confirment leur première hypothèse, que le coccus est intermédiaire au bâtonnet, et à la forme levure, car, au lieu de rester coccus, il donne d'une part des bâtonnets et de l'autre des formes intermédiaires comme taille au coccus et à la levure.

A. PASQUIER.

Angine de Ludwig, par PUYAUBERT (*Journal de méd. de Bordeaux*, juillet 1905).

L'auteur présente un enfant qui a offert tous les symptômes de l'angine de Ludwig. Dans l'abcès qui se forma on ne trouva que du bacille de la diphtérie.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Un cas d'hémiglossite parenchymateuse aiguë, par THOMAS (*Marseille médical*, août 1905).

Le docteur Thomas, ayant pu observer un cas assez rare d'hémiglossite parenchymateuse aiguë, en rapporte l'observation très détaillée.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, grand fumeur de pipes, dont la denture mauvaise, vicieusement implantée et recouverte de tartre, paraît avoir été la cause prédisposante de l'infection.

Localisée uniquement aux deux tiers antérieurs de la moitié latérale gauche, du V lingual à la pointe, la tuméfaction considérable de la langue s'est produite en deux heures, annoncée seulement par quelques petits frissons et un très léger mal de gorge.

Absence complète et constante de douleurs spontanées, gêne respiratoire avec dyspnée et tirage sus-sternal si prononcé, que la nécessité d'une trachéotomie fut discutée, phonation et déglutition impossible, température de 38° à 39° 7, tels furent les signes les plus saillants de cette affection qui, évoluée en deux heures, mit huit jours à guérir, malgré un traitement général et local énergique : grands lavages alcalins et phéno-salylés; scarifications.

NIEL (de Marseille).

Tuberculome ulcéré de la langue, par GHEDINI (*Gazzetta degli Ospedali*, 4 juin 1903, p. 700-701).

Le malade, âgé de 18 ans, avait depuis huit mois une tumeur du dos de la langue, indolore, même à la pression, qui, peu à peu, avait augmenté et s'était ulcérée. Il présentait un gonflement des ganglions sous-maxillaires et des symptômes pulmonaires (température, sueurs nocturnes, rudesse respiratoire, etc.). On fit des injections locales de sérum du professeur Maragliano, sans résultat.

L'excision fut pratiquée; l'examen de la pièce démontra la présence du bacille de Koch.

L'intérêt de ce cas consiste dans l'existence de nodules solitaires formés par un ou plusieurs tubercules confluent, profonds, lents à se caséifier et à s'ouvrir. Ces phénomènes sont excessivement rares.

L'auteur croit enfin à l'origine primitive du tuberculome dans son cas et les cas analogues. Il se fonde sur le peu de gravité des symptômes pulmonaires et sur les infections et traumatismes auxquels la langue est continuellement exposée.

MENIER (de Figeac).

Sur le cancer de la langue, par POIRIER (Soc. de chirurgie, 12 juillet 1903).

Poirier rappelle deux cas de cancer de la langue qu'il a opérés, l'un il y a trois ans et l'autre quatre ans; ils ne présentent actuellement aucune récidive.

Depuis deux ans, Poirier a opéré 21 tumeurs de la langue, dont une était un papillome chez un sujet syphilitique, et 20 autres des épithéliomas pavimenteux dont 9 lobulés, 2 tubulés et 9 lobo-tubulés.

Quatorze fois sur vingt les globes épidermiques étaient nombreux, volumineux, et présentaient des dégénérescences cellulaires. Il existait souvent une infiltration leucocytaire et une dégénérescence cornée.

Les ganglions parfois hypertrophiés étaient cancérisés huit fois sur vingt.

L'auteur a ajouté à son procédé une modification consistant en une laryngotomie intercricothyroïdienne par ponction, on retire la canule après l'opération et sans suturer, l'orifice étant très étroit.

Quenu pratique la ligature des deux carotides externes comme moyen hémostatique préventif.

Faure croit que la laryngotomie intercricothyroïdienne aggrave le pronostic opératoire, et il ne la pratique plus depuis trois ou quatre ans.

Sébileau n'est pas non plus partisan de cette bouche aérienne préalable.

A. PASQUIER.

Traitement des cancers de la langue par radiothérapie, par PAUTRIER (Soc. de dermat. et syphil., 13 juillet 1905).

Deux cas de cancer de la langue traités par la radiothérapie furent deux cas d'insuccès. Le traitement, par séances couplées de 8 à 10 heures en deux séances, fut continué jusqu'à 65 heures. Il se produisit d'abord un affaissement, puis une tendance à la guérison, bientôt suivie d'une repullulation rapide, et, dans un cas, on vit apparaître un nouveau point cancéreux croissant rapidement.

Brocq a observé une semblable repullulation, et même le cancer paraît avoir reçu un coup de fouet. D'après Darier, l'épithélioma pavimenteux tubulé bénéficie de la radiothérapie, mais l'épithélioma pavimenteux lobulé n'en retire aucun profit. Avant tout traitement, il serait donc utile de bien déterminer la nature de la lésion.

Sabouraud ne croit pas que les épithéliomas pavimenteux lobulés soient inaccessibles à la radiothérapie; il y a là une question de dose.

A. PASQUIER.

Sequestre du maxillaire inférieur, par PRINCETEAU. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 23 juillet 1905).

L'auteur montre un sequestre invaginé extrait du maxillaire inférieur d'une fillette de dix ans. L'ostéite avait pour origine la carie dentaire.

M. Princeteau insiste sur le procédé opératoire afin d'éviter la lésion de la branche cervicale du nerf facial qui suit le bord externe du maxillaire sous le peaucier.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Des kystes des mâchoires d'origine dentaire; études de quelques points de leur histoire, par TELLIER (*Lyon médical*, 16 juillet 1905).

L'auteur signale le cas suivant: femme, 35 ans; accidents inflammatoires aigus quelques mois après l'extraction de plusieurs dents de la mâchoire supérieure droite, tuméfaction de la région; kyste dentifère ou plutôt paradentaire.

Opération quatre ans après le début des accidents; dans la cavité kystique, on trouve une dent, une molaire complètement développée: la paroi kystique, histologiquement tapissée d'un épithélium pavi-

menteux typique, s'accuse fortement sur tout le pourtour du collet de la dent.

A ce propos l'auteur discute les deux principales théories sur la formation des kystes dentaires :

La théorie des débris épithéliaux paradentaires de Malassez, explique la plupart des faits et la théorie folliculaire de Magitot, à laquelle il rattacherait son observation. SARGNON (de Lyon).

Sur cinq cas d'hémi-résection du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate du D^r Martin, par TIXIER (Société de Chirurgie de Lyon, 22 juin 1905, in *Lyon médical*, 20 août 1905).

L'auteur présente l'histoire clinique et les pièces anatomiques de cinq réséqués récents du maxillaire inférieur.

A ce sujet, il signale les points suivants :

1) Il enlève toujours en un seul morceau les ganglions, la face envahie et l'os, section de la ligne médiane au coupe-os multiplicateur de Molière. Il sectionne la branche montante très haut ou désarticule. Il faut opérer vite et utiliser la prothèse immédiate de Martin qui, grâce à l'injecteur Eghisier, permet un lavage très facile de la plaie. On évite ainsi les rétractions cicatricielles.

2) Au point de vue de la récurrence, il constate que la prothèse peut être employée sans danger dans les tumeurs d'origine osseuse, mais qu'il faut s'en abstenir dans les épithélioma venus de la gencive et surtout des joues.

M. Gangolphe appuie les conclusions de M. Tixier et signale des cas sans récurrence au bout de cinq ans. SARGNON (de Lyon).

La parotidite chronique, par A. LENDORF (*Hospitalstidende*, 3-10 mai 1905).

Cette affection est très rare; elle est consécutive 1° à certaines intoxications chroniques (plomb, cuivre, mercure, tabac; 2° aux calculs salivaires, aux affections du canal de Sténon (inflammations primitives ou consécutives aux corps étrangers); 3° à une affection spécifique (syphilis, tuberculose, actinomycose primitive).

Celle due aux intoxications n'intéresse que fort peu le chirurgien; la parotidite spécifique a une place à part. Quand, en chirurgie, on parle de parotidite chronique, on a en vue celle provoquée par les calculs salivaires ou l'inflammation du canal de Sténon (*sialodochite*).

Les symptômes sont : tumeur salivaire intermittente, pyorrhée salivaire, stomatite et douleurs d'intensité variable, sensibilité de la glande enflée.

L'auteur rapporte deux cas où la parotidite chronique se montra sous une forme différente.

Chez ces deux patients il y eut pendant deux ans une vraie tumeur parotidienne sans symptômes inflammatoires, ni calculs, ni pyorrhée salivaire, ni affection du canal de Sténon.

Chez l'un d'eux, la tumeur était diffuse. On fit un examen biop-

sique et on reconnut sa nature : parotidite chronique interstitielle. La tumeur disparut au bout d'un an sous l'influence de compresses et d'un traitement à l'iodure de potassium.

Chez l'autre malade, on crut tellement avoir affaire à une tumeur circonscrite qu'on procéda à l'opération et extirpa la parotide. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'une parotidite chronique.

Les caractères anatomo-pathologiques sont : infiltration de cellules rondes, augmentation du tissu conjonctif intervalvéolaire et interlobulaire aux dépens du tissu glandulaire ; de plus, tendance à l'envahissement du voisinage (fascia et masséter.)

Le traitement serait, quand la tumeur est diffuse, iodure de potassium à l'intérieur, compresses, massage, badigeonnages iodés ; quand elle est circonscrite : extirpation en respectant les rameaux du facial.

MENIER (de Figeac).

Un cas de méningite après parotidite, par L. BENTZON (*Hospitalstidende*, 13 septembre 1905, p. 880-882).

L'auteur rappelle les travaux du professeur Hirschberg sur un cas d'accidents cérébraux (convulsions, strabisme, perte de conscience, aphasie, opisthotonos) observés sur un enfant (*Hospitalstidende*, 1^{er} sept. 1897), ceux de Gallavardin (12 cas mortels. *Gazette des hôpitaux*, 1898) ; ceux de Elsässer (3 cas mortels, 1901) et rapporte le cas qu'il a eu l'occasion d'observer en juillet.

L'enfant présenta, à la suite d'une parotidite, des douleurs de tête, vomissements, rétention d'urine, respiration de Cheyne-Stokes, réaction pupillaire paresseuse, raie méningitique de Trousseau, constipation, pas de signe de Kernig. La guérison eut lieu au bout d'une quinzaine de jours.

L'auteur déclare qu'il s'est agi là de méningite ou d'encéphalo-méningite, diagnostic confirmé par un spécialiste des maladies d'enfants.

Bentzon ne s'explique pas pourquoi ce cas, au lieu de débiter par une élévation de température, commença par une température subnormale (36°3).

MENIER (de Figeac).

Oreillons et coqueluche, par BERARDINONE (*Rev. critica di clin. med.*, 27 mai 1905, p. 336).

Deux des cas de l'auteur sembleraient démontrer un antagonisme entre ces deux affections, la toux ayant cessé dès l'apparition des oreillons.

Dans deux autres cas, des enfants, après avoir eu les oreillons, restèrent indemnes de coqueluche, alors que leurs frères, au nombre de quatre, furent atteints de cette affection qui dura trois mois. Y a-t-il dans la parotidite épidémique un facteur immunisant contre la coqueluche ?

L'auteur laisse la question en suspens, se contentant d'attirer l'attention des médecins sur ces faits.

MENIER (de Figeac).

VI. — PHONÉTIQUE.

Compte rendu par A. ZUND-BURGUET.

Essai d'analyse psychologique du mécanisme du langage, par Henri ODIER, de Genève (Berne, 1905, in-8°, broch.; pp. I-VI et 1-112).

Au premier chapitre, l'auteur se pose la question : qu'est-ce que *comprendre* et y répond en disant : comprendre c'est se représenter et reconnaître la signification des mots, et s'en assimiler le sens. Logiquement, au chap. II, il traite du *mot*. Les mots sont des signes non des choses. Le mot concret ou abstrait provoque une émotion particulière qui, dans une phrase, occupe la place d'une note dans un accord.

La *phrase* (chap. III et IV) est une combinaison de mots destinée à exprimer une idée. Dans la phrase, la signification du mot ou de la locution est non seulement positive, mais limitative, à la fois codéterminante et déterminée. Elle produit donc en même temps une innervation mentale et une inhibition plus ou moins manifeste.

Le chap. V contient l'exposé des théories de l'association et de l'aperception, ainsi que le schéma du mécanisme de la compréhension.

Les exercices acoustiques, par O. DECROLY et G. ROUMA, Gand, 1905 (in-8°, broch., pp. 1-20).

Parmi les individus classés comme sourds, la plupart perçoivent certaines vibrations plus ou moins intenses. Partant de ce principe, on a, de très bonne heure, cherché par des exercices spéciaux à développer la perception auditive chez les sourds-muets. C'est au XIX^e siècle que l'idée de parfaire cette éducation auditive eut le plus d'adeptes. Itard, en 1805, et Mènière, son successeur, obtinrent quelques succès, mais leur méthode reprise par Aepelinus en Allemagne est bientôt abandonnée; il en est de même de celle d'Urbantschitsch. Bezold, de Munich, qui vient ensuite bouleverser les théories admises en déclarant que les exercices auditifs n'améliorent pas l'ouïe au point de vue physique mais développent dans une certaine mesure la faculté de comprendre par l'ouïe à l'aide de l'intelligence. Les auteurs, sans tomber dans le pessimisme de Politzer ou l'optimisme d'Urbantschitsch, estiment que dans un grand nombre de cas les exercices acoustiques appropriés présentent de réels avantages.

Les troubles de la parole chez l'enfant et leur influence dans la vie, par Georges ROUMA, professeur d'orthophonie, (rapport présenté au 1^{er} Congrès internat. d'éducation et de protection de l'enfance dans la famille. Liège, sept. 1905, in-8°, broch., pp. 1-9).

L'auteur constate, après enquête, sur des enfants d'une des écoles de Bruxelles, que les cas de blésité existent dans une proportion de

26 pour cent et les cas de bégaiement pour 1, 3 pour cent. Après cette constatation, M. R. indique très sommairement l'influence que les troubles de la parole ont sur le caractère, la mentalité et la marche des études d'un enfant. Il pose comme principe que les mouvements moteurs de la parole sont déterminés par les images auditives des mots enregistrés et que ces mouvements sont d'autant plus précis que les images auditives sont plus nettes et plus profondes. Les instituteurs devraient être initiés à l'orthophonie et les parents se donner la peine de toujours bien articuler.

Essai sur le développement et les premiers troubles du langage chez l'enfant, par Georges ROUMA, de Bruxelles (in-8°, broch., pp. 1-8).

D'après Broca le langage est la faculté d'établir une relation constante entre une idée et un signe. Il se manifeste par l'intonation, le geste, la parole et l'écriture. Mais le développement de l'intelligence dépend de l'émission des mots. Les idiots et les sourds-muets prouvent combien il est difficile sans la parole de développer la dite faculté. La supériorité du mot sur le geste est incontestable et si l'intelligence est possible à défaut de la parole, celle-ci constitue le facteur le plus important à son développement.

Enquête sur les troubles de la parole chez les écoliers, par G. ROUMA, de Bruxelles (in-8°, broch., pp. 1-8).

Cette enquête a un quadruple objectif :

1° déterminer la fréquence des troubles de la parole chez les écoliers ; 2° déterminer l'espèce des troubles observés ; 3° rechercher la répercussion des troubles sur la marche régulière des études et 4° démontrer la nécessité de la création d'un cours d'articulation sous une direction médico-pédagogique.

VI. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, OESOPHAGE

Quelques remarques à propos de la thyrotomie, par LÖWE (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 8, 1905).

L'auteur admet que la thyrotomie est indiquée chaque fois qu'il y a lieu d'enlever largement les parties internes du larynx, que le tissu à extirper soit de bonne ou de mauvaise nature. Il emploie la méthode d'infiltration de Schleich pour l'anesthésie, qui permet d'éviter les vomissements et, partant, la pneumonie par déglutition ; il préconise également la canule de Hahn qu'il préfère au ballon de Tredelenburg.

Une fois opéré, le malade est nourri soit par une sonde œsophagienne, laissée à demeure deux ou trois jours, soit par la voie rectale.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Goitre d'origine tuberculeuse, par COTTE (*Lyon médical*, 4 juin 1903).

Jeune fille 15 ans; début il y a trois ans par adénite cervicale, bronchite et goitre; catarrhe chronique de l'oreille moyenne, adénoïde. Goitre diffus parenchymateux de tout le corps thyroïde. Dans ce cas, la tuberculose n'est pas douteuse. S'agit-il de thyroïdite hypertrophique ou d'adénome thyroïdien? L'examen histologique pourra l'établir. La porte d'entrée est sans doute le rhino-pharynx selon la théorie de l'origine rhino-pharyngienne de certains goitres (Jaboulay et Rivière, du Fougeray). SARGNON (de Lyon).

Deux cas de goitre suffocant, par LAMBERT (Soc. centrale de méd. du Nord, 8 mai 1905).

Une malade présentant des phénomènes d'asphyxie fut trachéotomisée d'urgence sans qu'il fût possible de préciser le diagnostic, mais trois semaines plus tard on remarqua une petite tumeur à la base du cou, sur la ligne médiane, paraissant faire corps avec la glande thyroïde. Une seconde intervention permit d'extraire un petit goitre intra-thyroïdien caché derrière le sternum, ce qui fit disparaître tout trouble respiratoire.

Un autre cas de goitre suffocant fut observé chez une femme porteuse d'un goitre depuis trente ans. Il s'agissait d'adénomes mous, très vasculaires, qui avaient fait dévier à gauche la trachée et le larynx. Les suites opératoires furent normales, et la malade respire maintenant parfaitement. A. PASQUIER.

Corps étrangers de l'œsophage, par ECOT (Société de chirurgie de Lyon, in *Lyon médical*, 7 mai 1905).

L'auteur signale plusieurs observations :

1^{er} cas. — Soldat avale sa portion de viande beaucoup trop vite : suffocation; impossibilité d'avaler. Vomissements quelques heures après, à la suite d'un badigeonnage de cocaïne. Le malade rend neuf morceaux de viande et de fibro-cartilages, quatre de petit volume, cinq plus gros, dont un mesurait 5 centimètres de long sur 2 de large, et plusieurs étaient constitués de fibro-cartilages très durs. Pas de sang. Guérison rapide.

2^e cas. — X..., soldat, avale une énorme bouchée de viande : crise de suffocation. On prépare les instruments pour trachéotomie. Propulsion avec l'éponge de Green assez pénible. Guérison. Quand les corps étrangers ne sont pas pointus, la propulsion prudente est rationnelle, à condition que l'éponge soit très bien fixée.

L'auteur rappelle que, souvent, on se trompe sur le siège précis de l'obstruction. Il signale aussi un cas d'ulcération de la muqueuse œsophagienne ayant amené l'hémathémèse en seize heures, dix-sept jours après l'accident. Mort d'hémorragie. Autopsie : plaque cartilagineuse triangulaire, avec deux points ossifiés, qui s'était logée entre l'aorte et l'œsophage, avait perforé l'aorte et, lors de la première hémorragie, probablement, était tombée dans l'estomac; elle fut retrouvée dans l'intestin grêle. Les manœuvres d'exploration

œsophagienne sont peut-être pour quelque chose dans ce cas malheureux.

L'auteur conseille donc :

1^o L'exploration de l'œsophage la plus prudente possible et notamment l'emploi de la sonde en caoutchouc rouge à mandrin de plomb (Gangolphe);

2^o Si le corps étranger est irrégulier et amène des accidents, agir chirurgicalement;

3^o Bien suivre la température du malade, même paraissant guéri.

L'auteur signale également un malade du même régiment que celui du dernier cas qui, suggestionné par cet exemple, s'imagine avoir un corps étranger dans la région cricoïdienne. Ce malade, examiné par M. Garel (laryngoscopie, œsophagoscopie, cathétérisme, faradisation), ne dénote rien. Malade guéri. L'auteur signale un autre cas absolument négatif comme examen.

Un confrère militaire signale aussi un cas d'ablation d'os avec le panier et menace consécutive de phlegmon du cou.

Ce même confrère signale aussi, avec M. Gangolphe, certains insuccès de la radiographie dans ces cas. Comme conclusion, l'auteur dit que :

1^o En cas de corps mousse déterminant une gêne notable, il faut faire, suivant les cas, la propulsion, l'expulsion par vomissements (cocaïne en badigeonnage, introduction des doigts), l'extraction. Même après cinq ou six jours et pour les pièces de monnaie exclusivement, il emploierait le panier de de Graeff, ou mieux le crochet de Kirmisson manié avec prudence;

2^o Si le corps dégluti est de surface irrégulière, dangereuse pour la muqueuse :

a) Toute tentative d'extraction systématique est interdite (phlegmon du cou, ulcérations aortiques).

b) Ne pas faire d'explorations par principe.

c) S'il y a grande gêne respiratoire, faire soit l'œsophagotomie cervicale basse (Gangolphe) qui permet d'aller jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale, soit la gastrotomie qui va jusqu'à la huitième dorsale, soit même la médiastinotomie postérieure droite de Potarca pour les corps étrangers enclavés entre les cinquième et huitième dorsales. Probablement l'œsophagotomie combinée à l'œsophagoscopie donneront d'excellents résultats. SARGNON (de Lyon).

Extraction de corps étrangers de l'œsophage à l'aide du crochet de Kirmisson, par Kirmisson (Soc. de chir., 31 mai 1905).

Kirmisson rapporte quatre observations de corps étrangers de l'œsophage extraits à l'aide du crochet qui porte son nom. Barnsby, de Tours, a extrait une pièce de 10 francs chez un enfant de seize mois, et un jeton en os chez une fillette de sept ans. Gaudier, de Lille, a extrait un sou avalé depuis trente jours, chez un enfant de six ans. Le prof. Massei de Naples a extrait un sou chez un enfant de trois à quatre ans.

A. PASQUIER.

Sur l'extraction des corps étrangers des premières voies digestives et respiratoires à l'aide de l'œsophagoscopie et de la trachéoscopie, par DENKER (*Arch. f. laryngol. u. rhinol.* de Fränkel, vol. XVII, t. I).

Ayant pu, sous la direction de Killian lui-même, s'initier à ces examens spéciaux, Denker a pu, dans sa pratique privée, examiner un grand nombre de malades à ce point de vue. Il a pu par ce moyen diagnostiquer des compressions des bronches et des sténoses de l'œsophage dans des cas où les méthodes d'investigation ordinaires n'avaient donné aucun résultat.

Il relate en détail deux cas spécialement intéressants d'extraction de corps étrangers de l'œsophage : une pièce de dix pfennigs, une poire sèche et un fragment d'os dans la trachée. Ces trois patients ont pu, grâce à cette méthode, échapper aux graves dangers de l'œsophagotomie qui n'est d'ailleurs applicable qu'aux corps étrangers de la portion toute supérieure de l'œsophage : ce procédé permet leur extraction, non plus à l'aveugle et d'une façon brutale, mais sous le contrôle de la vue.

Dans le cas de fixation d'un fragment d'os dans la trachée, le corps étranger étant enclavé très bas dans la région sous-glottique, la trachéotomie ordinaire n'aurait apporté aucun soulagement à l'asphyxie.

DELOBEL (de Lille).

Nouveaux cas de corps étrangers traités au moyen de l'œsophagoscopie et de la trachéo-bronchoscopie directe, par G. KILLIAN (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 22 juillet 1905).

L'auteur, « espérant toujours gagner à l'œsophagoscopie et à la trachéo-bronchoscopie de nouveaux adeptes enthousiasmés », publie les nouveaux cas de corps étrangers qu'il a récemment observés : pièce de monnaie dans l'œsophage ; caillou à l'entrée de la bronche droite ; aiguille de Pravaz dans la bronche principale du lobe inférieur du poumon ; petit sifflet au milieu du lobe inférieur au niveau de la huitième côte. L'extraction de ce dernier corps étranger fut extrêmement difficile, en raison de sa forme et de sa situation ; elle nécessita la construction d'instruments spéciaux, mais fut néanmoins suivie de succès. Tout laryngologiste qui veut passer pour être à la hauteur de son temps, dit l'auteur, doit connaître et employer ces méthodes de recherche directe. « Cela ne sera pas de longue durée, car les patients eux-mêmes l'exigeront. »

P. PILLÉMENT (de Nancy).

Contribution à la chirurgie de l'œsophage, par BROECKAERT (*Presse oto-laryngologique*, mai 1905).

L'auteur rappelle les différents procédés employés pour atteindre l'œsophage par la voie cervicale, par la voie médiastinale (postérieure ou antérieure) et par la voie abdominale.

Pour l'œsophagotomie ou l'œsophagectomie par la voie cervicale, Kocher, Sebileau et Farabeuf ont décrit divers procédés employés dans les cas de corps étrangers ou de rétrécissements cicatriciels.

Pour la voie médiastinale postérieure, les procédés de Quenu et de Hartmann et celui de Hedenhain attaquent l'œsophage par le côté dorsal gauche, les procédés de Potarca, de Bryant et celui de Faure par le côté dorsal droit.

Après avoir rappelé brièvement la direction et les rapports de l'œsophage dans la région thoracique, Broeckaert expose sa technique personnelle. Il a reconnu que la plèvre se décolle très facilement à droite de la colonne jusqu'au niveau de la huitième ou neuvième vertèbre dorsale et, en bas, le décollement peut se faire du côté gauche jusqu'à la partie la plus inférieure de l'œsophage. En haut il fait :

1° Une incision verticale, à droite de la ligne des apophyses épineuses, commençant à la quatrième vertèbre dorsale et finissant vers la huitième ou neuvième. Il décolle les muscles des faces latérales des apophyses et de la face postérieure des lames et d'une partie des côtes. Pour permettre un écartement plus grand, on peut ajouter à l'incision principale une incision transversale à travers la masse musculaire.

2° Il sectionne deux ou trois apophyses transverses près de leurs attaches aux corps vertébraux, puis il fait la résection sous-périostée d'environ 3 centimètres des côtes correspondantes et ces fragments sont enlevés.

Les vaisseaux intercostaux sont sectionnés entre deux ligatures.

3° Il décolle soigneusement la plèvre et refoule vers la ligne médiane la grande veine azygos.

A partir de la huitième vertèbre dorsale, l'œsophagotomie par voie médiastinale se pratique à gauche avec la même technique que ci-dessus décrite.

Par la voie médiastinale antérieure, Mickulicz et Sauerbruch ont préconisé une thoracotomie qui paraît insuffisante à Broeckaert, voici le procédé auquel s'est arrêté l'auteur :

1° Incision transversale dans le quatrième ou exceptionnellement dans le cinquième espace intercostal, commençant au bord externe du sternum et de 8 ou 10 centimètres de longueur.

2° Perpendiculairement à l'extrémité sternale de l'incision, une seconde incision passe au-dessus du cinquième ou du sixième cartilage costal. Ce cartilage sectionné près de son insertion est rabattu avec le lambeau et l'on ouvre largement la plèvre pour aller à la recherche de l'œsophage en refoulant le poumon sous une compresse stérile. L'œsophage est recouvert d'un mince feuillet pleural qu'on débride avec les doigts.

D'après les chirurgiens de Breslau, le diaphragme est alors dissocié et élargi au niveau du cardia, et environ le tiers supérieur de l'estomac est attiré dans le thorax.

Broeckaert reproche à cette dernière partie d'être presque impraticable parce que des tiraillements sur le tronc coeliaque pourraient déterminer une hémorragie mortelle, puis il est très difficile de maintenir des points de suture sur l'hyatus diaphragmatique toujours en mouvement d'inspiration ou d'expiration.

On a employé parfois la voie abdominale pour dilater les rétrécissements du cardia, ou extraire des corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage.

A. PASQUIER.

VIII. — ANESTHÉSIE.

Sur l'anesthésie locale, par E. IMPEUS, d'Elberfeld (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1905, p. 1144).

L'auteur croit avoir trouvé dans l'alypine une substance qui possède les bonnes qualités de la « stovaine », découverte en 1904 par Fourneau, sans toutefois en présenter les défauts. L'alypine, à réaction neutre, est soluble dans l'eau et stérilisable. Les muqueuses et les tissus cellulaires sous-cutanés se l'assimilent facilement. On n'a jamais observé ni inflammation, ni nécrose au point d'injection, dans des applications hypodermiques de solution de 4 à 5 %. Comparativement à la cocaïne, des solutions bien plus faibles sont encore efficaces, alors que le pouvoir toxique est bien moindre. (La dose mortelle chez le chien et le chat est environ double de celle de la cocaïne). L'alypine n'exerce pas d'influence nocive sur le cœur; à forte dose, elle dilate les vaisseaux.

O. GOLDSCHMIDT (d'Aix-la-Chapelle).

L'alypine, nouvel anesthésique local, par STOTZER (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1905, n° 36).

Stotzer a fait usage, dans beaucoup de petites opérations, d'une solution de 2 %. Il la recommande en regard de la cocaïne, parce qu'elle produit la même anesthésie que celle-ci; d'autre part, on peut la stériliser, elle ne produit pas d'altération psychique, ne provoque pas d'irritation locale et est meilleur marché.

O. GOLDSCHMIDT (d'Aix-la-Chapelle).

IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Le phénylpropiolate de soude en inhalations contre la tuberculose laryngée et pulmonaire, par A. BULLING (*Semaine médicale*, 1^{er} mars 1905).

Bulling rapporte les résultats qu'il a obtenus dans une série de cinquante cas traités par des inhalations de phénylpropiolate de soude.

Les cinquante malades se divisent ainsi :

7 atteints de tuberculose pulmonaire au premier degré;

38 au deuxième degré dont 5 avec lésions laryngées;

5 à la période des cavernes.

Sur les sept premiers, trois furent guéris en huit semaines et

deux améliorés. Les malades de la deuxième série obtinrent une amélioration sensible en six à dix semaines, et les ulcérations laryngées se détergèrent promptement. Les malades au stade cavitaires ne profitèrent que légèrement du traitement.

Bjerner d'Arvika aurait noté un cas d'idiosyncrasie manifeste pour ce médicament, qui provoquait une exacerbation de la fièvre vespérale.

A. PASQUIER.

Exanthème scarlatiniforme par l'injection de sérum antidiphthérique, par PONTICACCIA (*Gazz. degli Osp.*, 31 mars 1905).

Voici les conclusions de l'auteur après la description de son cas ; à noter que le même tube servit à injecter deux fillettes, qui sont sœurs, l'une fut atteinte de l'exanthème, l'autre n'eut rien du tout :

1° Le sérum n'a pas toutes les conditions nécessaires pour produire l'érythème ; l'individu doit être sous le coup d'une prédisposition particulière ;

2° Ce n'est pas la quantité d'unités antitoxiques ou de centimètres cubes qui détermine l'érythème ; dans le cas de l'auteur, la quantité injectée fut de beaucoup inférieure à celle habituellement employée.

MENIER (de Figeac).

Le traitement amygdalien dans le rhumatisme articulaire, par GÜRICH (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 7, 1905).

L'auteur croit que dans toute forme de rhumatisme articulaire chronique récidivant et dans tout rhumatisme articulaire aigu, il existe une angine lacunaire. L'exacerbation de l'angine ouvre la porte au virus du rhumatisme qui ne se produira pas si on fait disparaître l'angine chronique lacunaire. Gürich présenta à la Société silésienne des malades traités par dissection, l'ablation des bouchons épithéliaux et de l'amygdale.

BRIEGER élève des doutes théoriques sur les opinions de l'auteur et dit que ce traitement ne lui a donné que des résultats négatifs.

MENIER (de Figeac).

Hygiène prophylactique de l'oreille dans les maladies infectieuses, par OSTMANN (*Münch. med. Woch.*, n° 15, 1905).

L'auteur insiste sur les mesures d'hygiène du pharynx, du nez et de la bouche.

Notons le processus auquel il croit devoir attribuer l'infection de l'oreille. Il pense que le coussin graisseux, qui soutient avec le muscle tenseur du voile, la paroi latérale de la trompe, venant à disparaître par l'amaigrissement dû à la durée plus ou moins longue de l'infection, la trompe reste ouverte de façon constante ; le muscle a perdu son point d'appui et l'entrée de la trompe n'est plus défendue par la barrière adipeuse.

Cette explication ingénieuse rendrait compte de la période d'apparition des affections auriculaires au cours des maladies infectieuses ; on sait, en effet, que les maladies de l'oreille se montrent au décours de ces infections, alors justement que l'amaigrissement général et local est le plus prononcé

MENIER (de Figeac)

Prophylaxie de l'otite dans la scarlatine, par RODLING
(*Hygiea*, t. 66, p. 1393, 1904).

L'auteur emploie des insufflations pharyngiennes de : une partie de sozoiodol avec trois parties de fleur de soufre, quatre à huit fois par jour. Il en a obtenu des résultats excellents pour prévenir l'otite moyenne. Dans une épidémie de cent deux cas, ce traitement fut mis en œuvre dans soixante : de ces derniers, deux seulement eurent une otite moyenne suppurée aiguë. Parmi les quarante-deux autres non traités par ce moyen, il y eut de l'otite suppurée aiguë double dans cinq cas dont trois furent très graves. MENIER (de Figeac).

Points en litige dans le traitement des otites aiguës prolongées et de leurs complications, par Alfred WIENER
(*Archives of Otology*, juin 1905).

Dans un article de considérations cliniques l'auteur étudie les indications de l'opération radicale même dans les cas d'otites aiguës prolongées avec écoulement de pus très abondant pendant plus de trois semaines et succédant à des maladies infectieuses : on peut voir à quel point ces indications sont singulièrement restreintes.

En effet, le traitement employé (incision longitudinale du conduit auditif externe, la paracentèse, la politisation, l'aspiration au siegle, les lavages, mèches antiseptiques, pansements absorbants)... fut suffisant pour empêcher le plus grand nombre des interventions ; car sur quarante-deux cas du type signalé, quatre seulement furent opérés.

L'article vise en outre les questions suivantes :

- 1° Dans quelles conditions peut-on employer les mesures conservatrices sans mettre en danger la vie du patient ?
- 2° Dans les cas aigus prolongés l'opération hâtive évite-t-elle les complications graves ?

L'auteur insiste qu'il est bien entendu que les malades sont très fréquemment surveillés et tout prêts à être opérés.

G. DIDSURY (de Paris).

Contribution au traitement chirurgical de la méningite purulente, par HINSBERG, de Breslau (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, août 1905).

Il a été publié dans ces dernières années un certain nombre de cas de méningites otitiques ou traumatiques dans lesquelles la guérison est survenue, bien que la ponction lombaire eût révélé la présence d'éléments purulents. La conclusion qui se dégage de la lecture de ces observations, c'est qu'il faut traiter ces collections purulentes comme toutes les autres : par le drainage. On n'hésitera donc pas à inciser la dure-mère, de façon à pouvoir drainer les espaces sous-arachnoïdiens.

Si cette intervention n'amène pas une sédation marquée des symptômes cérébraux, il ne faut pas attendre que l'encéphalite soit confirmée et qu'il soit trop tard pour intervenir, mais il faut sans

tarder poursuivre le drainage intracérébral par la ponction du ventricule latéral.

C'est surtout dans les cas de traumatismes qu'il importe d'agir très vite, car dans les otites, les symptômes permettent presque toujours de préciser exactement le diagnostic.

Une méningite purulente localisée à tout l'axe encéphalo-médullaire, caractérisée par une exagération des symptômes ordinaires et un liquide céphalo-rachidien franchement purulent, doit être considérée comme devant être fatalement mortelle et comme une contre indication à toute espèce d'intervention.

DELOBEL (de Lille).

X. — VARIA

Pathogénie de la Diphtérie, par R. SCHELLER et P. STENGER, de Königsberg (Prusse) (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1905, n° 42).

Les auteurs ont eu souvent l'occasion de constater que la cavité nasale peut présenter une porte d'entrée de la diphtérie. Remarquables à cet égard sont les rhumes de cerveau qu'on peut observer en même temps que les affections diphtériques et avant. On a vu enfin que, dans certains cas où l'on a fait des opérations sur le nez, des angines se sont produites immédiatement après. Chez une malade, que l'auteur a eu l'occasion d'observer, il a trouvé, avant une opération nasale, des bacilles de la diphtérie dans le nez. Après l'opération nasale, faite malgré tout selon l'ardent désir de la malade, il a trouvé également les bacilles de la diphtérie sur les tonsilles, et une diphtérie typique du pharynx se développa.

O. GOLDSCHMIDT (d'Aix-la-Chapelle).

Préoccupations hypochondriaques avec hallucinations obsédantes de l'ouïe ou de l'odorat, par Eugène-Bernard LEROY (Congrès français de Neurologie, Rennes, août 1905).

Une malade, âgée de 41 ans, ayant toujours eu des préoccupations hypochondriaques se manifestant par des rêves spéciaux, croit actuellement exhaler une odeur repoussante et elle entend des voix, affirmant qu'elle est atteinte de diverses affections organiques.

A. PASQUIER.

Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures. Étiologie du lupus, par ESCAT, de Toulouse (Congrès de la Tub., octobre 1905).

D'après l'auteur, le terme *lupus* ne doit pas être rayé de la pathologie, comme le voudrait Massei; ce terme correspond à des caractères spéciaux distinguant bien cette lésion des autres formes de la tuberculose.

Le lupus a pour foyer primitif les fosses nasales, d'où la loi d'Audry : le lupus de la face sort toujours des fosses nasales, et le lupus pharyngo-laryngé descend toujours des fosses nasales.

Lermoyez et Würtz pensent que la torpidité de la tuberculose lupique dans la cavité nasale s'explique peut-être par la fonction bactéricide du mucus nasal, qui atténuerait la virulence du bacille de Koch.

A. PASQUIER.

Statistique opératoire du service de M. le professeur E. J. Moure, du 1^{er} décembre 1903 au 30 novembre 1904, par G. LANNELONGUE (*Revue hebdom. de laryngol.*, 16 sept. 1905).

C'est une énumération des 131 interventions pratiquées par le professeur Moure à l'hôpital du Tondu, pendant la première année du fonctionnement de ce service hospitalier. On y trouve quelques faits intéressants.

P. PILLEMENT (de Nancy).

Périchondrite et myosite gommeuses, par HASLUND (*Hospitalstidende*, p. 651, 12 juillet 1905).

Il s'agit d'un marin de 33 ans devenu syphilitique en 1897. Il fut traité par cent vingt frictions mercurielles. Vers la fin de 1904, il eut une tumeur du côté gauche du cou; deux mois plus tard, la tumeur se perfora du côté gauche du larynx.

A l'heure actuelle, la tumeur est dure; elle occupe la partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien (10 cent. de long sur 5 de large); elle ne gêne pas les mouvements de la tête. Le côté gauche du larynx est gonflé dans la partie correspondante au cartilage thyroïde. La peau est rouge et adhère aux parties profondes. Il y a une petite ulcération d'où sort, par pression, un peu de pus. Au laryngoscope on voit que la moitié gauche du larynx est complètement paralysée; la corde vocale est dans la ligne médiane.

MENIER (de Figeac).



ERRATA

Dans le mémoire du Dr POLLAK, de Graz, paru dans le dernier numéro des *Archives* et intitulé : *Muguet idiopathique chez les adultes en bonne santé*, il s'est glissé, page 421, ligne 17, et page 426, ligne 26, l'erreur typographique suivante : Au lieu de : Iode pur, 1 gr.; alcool rectifié, 10 gr.; eau, 200 gr., il faut lire : Iode pur, 0.10 centigr.; alcool rectifié, 1 gr.; eau, 200 gr.

— Tome XX. Juillet-août 1905, page 253. Société otologique de la Grande-Bretagne, au lieu de 6 février 1905, lire 6 mars 1905.

NÉCROLOGIE

M. le Dr E. MÉNIÈRE, chirurgien en chef de l'Institution nationale des sourds-muets, vient de mourir.

Il avait publié de nombreux travaux sur l'otologie, notamment un traité élémentaire d'otologie qui eut du succès.

Il était le fils de l'otologiste distingué qui décrivit le premier la maladie qui porte son nom.

— M. le Professeur CARL GRUNERT, de Halle, vient également de mourir, de façon subite et inattendue.

Il fut pendant très longtemps le premier assistant de la clinique de Halle, dont il devint, par la suite, le chef. Il a publié de nombreux travaux concernant notre spécialité et, en particulier, un traité excellent, en collaboration avec le professeur Schwartz; plus récemment, il pratiqua des expériences et des recherches très intéressantes sur la chirurgie du golfe de la veine jugulaire.

NOUVELLES

Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie. — La société belge d'otologie, etc., se réunira le 10 décembre 1905, à Bruxelles, à l'hôpital Saint-Jean.

Clinique oto-rhino-laryngologique de Copenhague. — Le 8 octobre 1905, furent solennellement inaugurés les nouveaux locaux de la clinique¹, pour les maladies de l'oreille, du larynx, etc., du Kommunehospital, à Copenhague, en la présence de représentants de la commune et des médecins de Copenhague. MM. les professeurs Kør-

1. Le directeur de la clinique est le professeur Holger Mygind; premier assistant, Dr Jörgen Moeller; deuxième, Dr P. Fetens Hald; troisième, Dr N.-R. Blegvad.

ner, de Rostock, Seved Ribbing, de Lund, et le Dr Posthumus Meyjes, d'Amsterdam, assistèrent aussi à la solennité.

Les locaux pour le traitement policlinique sont situés au rez-de-chaussée et se composent d'une grande salle d'une superficie de 46 mètres carrés et d'une hauteur de 4 m. 4 (laquelle est la même pour tous les locaux); une salle pour les opérations journalières de moindre importance, chambre pour transillumination, stéthoscopie, etc. Dans la grande salle on trouve quatre compartiments pour les assistants de la clinique, plus douze places pour étudiants. Tout le mobilier (ainsi que les cloisons des compartiments) est en fer, émaillé en blanc, et en verre.

Au rez-de-chaussée sont encore situées la bibliothèque de la clinique, déjà enrichie de beaucoup de dons de confrères de tous les pays, et des chambres pour les assistants, etc.

Les opérations plus importantes sont faites dans une salle d'opérations située au premier et construite selon les préceptes les plus sévères de l'asepsie actuelle; dans la chambre avoisinante de préparation on trouve une installation des plus modernes de désinfection, etc.; l'eau même de nettoyage est stérilisée par la vapeur.

Au même étage sont situées les salles pour les malades alités, avec 24 lits répartis sur cinq salles; en cas de besoin on pourra trouver place pour 28 lits; cependant, la clinique, pour les maladies des yeux, a droit de disposer d'une partie de ces lits. La clinique supporte aisément la comparaison avec les meilleures de l'étranger et est un véritable honneur pour l'hôpital.

Distinctions honorifiques. — Notre collaborateur distingué, M. A. ZÜND-BURGUET, de Paris, vient d'obtenir à l'Exposition internationale de Liège (1905) un diplôme d'honneur pour ses appareils et méthodes de phonétique expérimentale et d'orthophonie.

Nominations. — Par suite du décès de M. MÉNIÈRE, M. CASTEX est nommé chirurgien en chef de la clinique otologique à l'Institution nationale des sourds-muets; MM. GROSSARD et MALHERBE sont nommés chirurgiens adjoints; M. JOUER, chef de clinique; M. CAUZARD, chef de clinique adjoint.

— En outre, M. A. GROSSARD est nommé oto-rhino-laryngologiste en chef du Dispensaire Furtado-Heine et médecin de la Compagnie de l'ouest.

— Le privat-docent B. HEINE, premier assistant de la clinique de Lucae, à Berlin, est nommé professeur.

— Le privat-docent H. BURGER est nommé professeur extraordinaire d'otologie, de rhinologie et de laryngologie à l'Université d'Amsterdam en remplacement du professeur GUYE, décédé.

Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes.

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

L'Auto-injecteur et les ampoules Paillard et Ducatte suppriment la seringue, assurent l'asepsie et un dosage rigoureux. *Prix spéciaux aux médecins.* — 17, place de la Madeleine, Paris.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Les *Capsules Dartois* contiennent chacune 5 centigr. de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigr. d'huile de foie de morue. — Dose moyenne : 2 ou 3 à chaque repas contre bronchites, catarrhes, tuberculose, laryngites tuberculeuses. — Toutes pharmacies.

Salicol Dusaule, solution concentrée d'acides salicylique, borique et acétique, aromatisée aux essences de thym et de wintergreen. — Tous usages antiseptiques, gargarismes, pulvérisations, etc.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000°.

Granules de Catillon, ext. titré de strophantus ou strophantine cristallisée.

Glycérine créosotée Catillon, tonique, anticatarrhale remplace huile de foie de morue.

Iodo-thyroïdine Catillon, bien tolérée, très active : goître, obésité, etc.

Cérébrine, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les névralgies faciales, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par-dessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8°).

Le Sulfureux Pouillet, seul approuvé par l'Académie de Médecine, est une préparation économique et instantanée des eaux sulfureuses incolores et de composition constante, s'emploie en boisson et en bains. — Dépôt, pharmacie POMPANON, 86, rue du Bac, et toutes pharmacies.

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

Les *Cigarettes Lafont*, au Globulomenthol, sont souveraines dans les affections du nez, du pharynx, du larynx, des bronches, et assurent la dénicotinisation.

Phenosalyl Tercinet, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

TABLE ANALYTIQUE

OREILLES

Abcès du cerveau d'origine otique, par T. Krasnobaev.....	319
Abcès du cercelet, consécutif à une otite moyenne aiguë; par W.-C. Bull.....	254
Abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutif à une otite moyenne aiguë; opération. Guérison, par Halsted.....	896
Abcès épidural de la région temporale et abcès du lobe frontal. Opération. Guérison, par G. Kiar.....	583
Abcès otogène du cerveau avec aphasie guéri par l'opération, par Holger Mygind.....	318
Abcès périostal opéré il y a deux mois, par Bondy.....	579
Ablation du limaçon, de la paroi externe du vestibule et du canal semi-circulaire externe pour diminuer les bourdonnements et les vertiges, par Lake.....	255
Absence de réparation osseuse après opération sur le rocher, par le prof. Gerber.....	326
Accidents psychiques liés aux maladies de l'oreille, par F. Jacques.....	638
Altérations labyrinthiques dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par le prof. Politzer.....	903
Anatomie chirurgicale du labyrinthe, par J. Bourguet....	613
Anatomie pathologique de l'organe auditif. Cinq cas de surdité nerveuse, dont trois diagnostiqués pendant la vie, par Brühl..	959
Anatomie pathologique de l'oreille interne et du nerf auditif, par Manasse.....	306
Anatomie pathologique des mastoïdites, par E. Lombard.	315
Anomalies anatomiques rencontrées au cours d'opérations sur la mastoïde, par W.-C. Braislin.	965
Anomalie du sinus latéral, par le prof. Gh. Ferreri.....	352
Apparition soudaine et simultanée	

de bruits céphaliques et de surdité, par Mac Bride.....	887
A propos de quelques détails ou modifications dans l'exécution de l'attico-antrectomie, par Compai-red.....	969
Arrêt de développement et malformation de la conque avec paralysie faciale congénitale, unilatérale par hypoplasie du nerf, par Neuenborn.....	633
Atrésie du méat auditif et difformité de l'oreille, par W.-H. Kelson.....	568
Atrésie traumatique du conduit auditif traité chirurgicalement avec succès, par Yareley.....	567
Bourdonnements d'oreilles et hallucinations de l'ouïe, ou relation des affections de l'oreille avec les hallucinations auditives des aliénés, par S. Bryant.....	546
Bourdonnements et vertiges traités par la section du nerf acoustique par R. H. Parry.....	625
Canal carotidien et le bulbe de la veine jugulaire au point de vue de l'otologie pratique, par F. Kobylinsky.....	314
Cas fatal d'abcès cérébral d'origine otique, par Gorham Bacon.	318
Carie de la paroi promontoriaire de la caisse du tympan, par Krebs.	902
Cas rare d'otite moyenne aiguë avec perforation, par V. Törne.	964
Cholestéatome de l'oreille, par Lannois.....	635
Cholestéatome du conduit auditif externe, par Marbaix....	320
Cholestéatome et pansements post-opératoires, par de Stella..	557
Comment empêcher la suppuration aiguë de l'oreille moyenne de devenir chronique, par Waggett.	733
Complications intracrâniennes des suppurations de l'oreille moyenne.	545
Complications temporales et endocrâniennes d'origine otitique	

- observées à la clinique otologique du Val-de-Grâce de 1898 à 1904*, par le prof. P. Chavasse et J. Toubert..... 86
- Conséquences d'une opération de mastoïdite mal exécutée, par V. Urbantschitsch..... 577
- Continuité des différentes cavités de l'oreille moyenne, par G.-H. Young..... 956
- Continuité de plusieurs cavités de l'oreille moyenne. Traitement de l'otite moyenne aiguë, par Young et Milligan..... 889
- Contribution à l'étude clinique des complications oto-cérébrales, par Sune y Molist..... 640
- Contribution à l'étude de la chirurgie du labyrinthe, par E. Moure..... 325
- Corps étranger de l'oreille, par Boval..... 558
- Corps étranger de l'oreille et du nez, par S. Citelli..... 320
- Corps étrangers du conduit, par Haskins..... 583
- Coupes verticales (250) du temporal traversant l'antre et l'apophyse mastoïde à tous les âges, par A. H. Cheatele..... 562
- Cure radicale de l'otorrhée, par E.-B. Dench..... 967
- Développement embryonnaire et post-embryonnaire du limaçon des mammifères et de l'homme, par Wernieuwe..... 633
- Détermination de l'acuité de l'ouïe pour la transmission osseuse, par H.-L. Struycken, et F. H. Quix..... 909
- Diagnostic différentiel dans la thrombo-phlébite du sinus d'origine otogène, par Vos..... 968
- Difficultés et danger de l'intervention sur la mastoïde, par C.-A. Bolland..... 967
- Diplacousie dysharmonique, par P. Cornet..... 121
- Distance maxima d'audition de la voix chuchotée, par Bezold..... 635
- Distribution des vaisseaux sanguins labyrinthiques dans l'oreille du mouton et du veau, par G.-E. Shambaug..... 326
- Double mastoïdite suivie de diphtérie des deux plaies. Mort, par H. Horlbelck..... 637
- Éléments constitutifs de l'oreille non indispensables pour la compréhension de la voix humaine par le prof. Denker..... 901
- Éléments et atlas des maladies des oreilles, par Bruhl..... 926
- Emphysème de la membrane du tympan, par A. Whitehead..... 255
- Endothéliome du méat auditif, par G. B. Waggett..... 562
- Épilepsie Jacksonienne à crises subintrantes coïncidant avec un arrêt brusque de suppuration auriculaire chronique*, par Massier..... 428
- Épithélioma primitif et secondaire de l'oreille externe en général et de son traitement en particulier, par L. Serre..... 300
- État du fond de l'œil dans les maladies de l'oreille, par F. Tenzer..... 962
- Étiologie et traitement de la suppuration du labyrinthe, par W. Milligan..... 645
- Étude anatomo-clinique sur le sinus latéral, par P. Aka..... 302
- Études anatomo-pathologiques sur le conduit auditif externe. Tuméfaction du conduit et formation d'un cholestéatome dans un cas de polype d'oreille recouvert d'épithélium cylindrique, par Brühl..... 320
- Évidement pétro-mastoïdien. Autopsie, par Fournier..... 642
- Examen clinique des sens de l'équilibre, par Panse..... 902
- Exentération tympano-mastoïdienne; guérison de la cavité par un caillot; guérison de la plaie par des sutures sous-cutanées à la soie, par F. Sprague..... 541
- Exercices méthodiques de l'ouïe, par C.-H. Moll..... 911
- Fibrome du pavillon, par Wingrave..... 256
- Fièvre typhoïde au cours d'une cure radicale pour otorrhée cholestéatomateuse, par Dufays..... 967
- Fonction acoustique des cavités pneumatiques de l'oreille, par Kretschmann..... 620
- Forme du temporal et configuration de la caisse du tympan, par Schönnemann..... 903
- Formes anormales de la mastoïde de Bezold et faits de mort rapidement consécutive à la ligature de la jugulaire, par Luc..... 319
- Guérison de confusion mentale à forme grave, par la cure radicale d'une otite suppurée, par Guisez..... 556
- Guérison définitive de l'otite

- moyenne purulente chronique, par G. Ferreri..... 315
- Guérison de vertige auriculaire par la résection des canaux demi-circulaires, par R. Lake... 566
- Hémorragies spontanées par érosion du sinus transverse au cours de l'otite scarlatineuse, par Lebram 960
- Hernie de la caisse du tympan, par A. de Lins..... 315
- Hygiène de l'oreille, par Haug, traduction française et annotations par C. Chauveau et M. Menier. 927
- Indication de la trépanation mastoïdienne dans l'otite moyenne purulente aiguë sans complication mastoïdienne, par Chevalier Jackson..... 641
- Indications des interventions opératoires sur le sinus latéral et la veine jugulaire, par Nicoff. 567
- Indications du traitement opératoire des suppurations du labyrinthe, par Lindt..... 970
- Indications opératoires dans l'otite chez l'enfant, par Duel... 965
- Influence de la quinine sur l'équilibre labyrinthique, par Dreyfuss. 643
- Introduction à l'étude des maladies des oreilles sous la forme de leçons pour les étudiants et les médecins praticiens, par Schwartz et Grunert..... 603
- Issue fatale d'un abcès latent temporo-sphénoïdal d'origine otique compliqué de multiples abcès secondaires du cerveau, par A. E. Wathefield..... 317
- Kyste dermoïde de la région mastoïdienne, par H. Halasz. 321
- Kyste sébacé du pavillon, par Coosemans 249
- Labyrinthe de tabétique, par Brühl. 902
- Labyrinthites suppurées, par Panse. 904
- Leptoméningite circonscrite avec symptômes spinaux et sur la paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique, par le prof. Gradenigo..... 310
- Ligature de la veine jugulaire interne pour affections de l'oreille, par Dundas Grant..... 888
- Ligature de la veine jugulaire interne pour affections de l'oreille, par Dundas Grant..... 969
- Malades opérés de mastoïdite, par K. Nörregaard..... 583
- Maladie de Ménière dans un cas de syphilis, par Balzer et François-Dainville..... 644
- Maladie de Ménière et son traitement par le courant galvanique, par Martin-Sugar..... 969
- Maladies de l'oreille dépendant du crétinisme, par le prof. J. Habermann..... 321
- Manifestations oculo-orbitaires des sinusites sphénoïdales, par Émile Moreau..... 931
- Mastoïdite, par G. Kiar..... 582
- Mastoïdite aiguë à longue durée, par Jörgen Möller..... 582
- Mastoïdite aiguë avec trépanation spontanée, par Panier..... 316
- Mastoïdite aiguë, suite d'otite; guérison spontanée, par Trétrôp. 558
- Mastoïdite avec thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne; trépanation du sinus après ligature et résection de la jugulaire; pyohémie, par Bérard. 324
- Mastoïdite chez un enfant d'un an et demi, avec un séquestre constitué par un morceau important de la portion pétrée du temporal droit. Extraction du séquestre et de l'étrier. Guérison, par W.-C. Braislin..... 966
- Mastoïdite double et double trépanation chez un nourrisson, par Ferand..... 966
- Mastoïdite et trépanation mastoïdienne chez les enfants, par Walter Wels..... 621
- Mastoïdite latente, par Taptas. 440
- Mastoïdite traumatique, par Boval. 558
- Mastoïdite tuberculeuse des enfants par Henrici..... 904
- Méningite; sa symptomatologie, son diagnostic, son traitement. Compte rendu d'un cas, par M. C. Smith..... 545
- Méningite otogène, par Hennebert 638
- Mesure de développement de l'audition, par Marage..... 922
- Mesure de l'intensité du son et du pouvoir auditif, par Stefanini. 958
- Microtie congénitale du pavillon de l'oreille avec imperforation du conduit auditif. Hémiplegie du voile du même côté et atrophie du pavillon tubaire, par P. Cornet. 633

- Néoformations osseuses de l'oreille moyenne dans les suppurations chroniques, par H. Frey... 315
- Névrose traumatique du labyrinthe. par Stenger..... 644
- Nouvel appareil pour le lavage de l'antre, par E. Urbantschitsch. 579
- Nouvelle méthode pour mesurer l'ouïe avec précision, par le prof. Block..... 903
- Obstruction de la trompe causant la fistule mastoïdienne post-opératoire et la suppuration chronique de l'oreille moyenne, par T. Hubbard..... 543
- Opération sur l'oreille interne, par A. A. Gray..... 645
- Opération radicale dans l'otite moyenne chronique suppurée, par K. Dahlgren..... 324
- Opération radicale sous anesthésie locale d'après Neumann, par Alexander..... 577
- Orientation et accommodation auditives* (Réponse à M. le Dr P. Bonnier), par le professeur L. Bard..... 159
- Orientation et accommodation auditives; hémidésorientation centrale*, par L. Bard..... 837
- Origine de la suppuration dans le recessus hypotympanique, par Kretschmann..... 637
- Ostéomyélite des os plats du crâne, consécutifs à des suppurations de de l'oreille*, par Guisez.... 725
- Otite de la scarlatine*, par Frank B. Sprague..... 745
- Otite moyenne compliquée de thrombose du sinus de la veine jugulaire; opération, par V. Urbantschitsch..... 907
- Otite moyenne hémorragique chez un malade atteint de rein granuleux et de diabète, par Milligan..... 257
- Otite moyenne suppurée aiguë compliquant la fièvre typhoïde; compte rendu d'un cas. Autopsie, par E. Day..... 894
- Otite moyenne suppurée chronique avec carie attico-antrale et abcès cérébral et cérébelleux. Double opération. Guérison, par R. Botey..... 641
- Otologie et art Japonais*, par L. Vaquier..... 212
- Otomycose de l'oreille moyenne, par J. K. Love..... 963
- Otorrhée double, thrombo-phlébite de deux sinus latéraux; mort; autopsie, par Brunel..... 639
- Pansements à l'acide picrique après l'opération de la cure radicale, par G. Bondy..... 323
- Paralysie faciale avec surdité et vertiges. Hémorragie dans le conduit auditif interne, par Gaus-sel..... 970
- Pathogénie de l'otite moyenne purulente aiguë des enfants, par D. Tanturri..... 636
- Pathologie de l'oreille interne par Zeroni..... 623
- Pathologie de l'oreille moyenne chez le nourrisson, par Haïke. 560
- Pathologie des abcès du cerveau d'origine otogène, par E. Schmiegelow..... 318
- Perforation traumatique de la membrane du tympan, par H. Macnoughton Jones..... 563
- Phlébite de la jugulaire et du sinus latéral au cours d'une otite, par Nové-Josserand... 969
- Phlébite du sinus avec pyohémie; ligature de la veine jugulaire avec guérison, par E. Schmiegelow 969
- Phlyctènes hémorragiques du tympan, par Bernex..... 966
- Plastique et traitement consécutif dans les opérations de cure radicale, par Passow..... 892
- Plombage de la fenêtre ronde et ses conséquences, par Blau.... 904
- Présentation d'un appareil de cathétérisme pour les malades atteints d'une affection de l'oreille, par Neuenborn..... 911
- Pronostic d'otite aiguë, par Albrect. 903
- Pyémie otitique, par Hoffmann. 904
- Pyohémie d'origine otique, par V. Voïatchek.... 637
- Rapports entre les vaisseaux du labyrinthe membraneux et du canal endolymphatique et ceux de la coque osseuse du labyrinthe, par Shambaugh..... 956
- Rapports entre les affections de l'appareil circulatoire et les affections de l'oreille, par Stein..... 961
- Recherches anatomiques et histologiques sur la surdi-mutité, par A. Castex..... 882
- Recherches bactériologiques sur le pus des otites moyennes, par Müller..... 963
- Recherches cliniques et anatomiques

- sur l'oreille des malades atteints d'affections du sang, par G. Alexander..... 902
- Recherches de physiologie acoustique, par Deunert..... 903
- Relations entre la carie du rocher et la névrite optique, par Espenschied... 643
- Remarques sur la communication d'Alexander : Étude de l'organe auditif d'un embryon de chat albinos incomplètement développé, par Rawitz..... 314.
- Remarques sur un cas de cholestéatome publié l'année dernière, par William H. Dudley... 72
- Réponse à l'article d'Ostmann. Études critico-expérimentales sur les recherches de Bezold ayant rapport à la conduction des sons par les os et par l'appareil de transmission de l'oreille moyenne, par Bezold... 957
- Réponse à M. le docteur P. Bonnier. par le professeur Guillemain. 219
- Réponse au professeur Guillemain, par P. Bonnier..... 524
- Résultats éloignés du traitement de l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde par l'évidement mastoïdien, par Augiéras..... 131
- Résultats pathologiques des complications endocraniennes des affections de l'oreille moyenne, par T. Harris..... 545
- Rhodonate de potasse dans la salive des malades atteints d'affections auriculaires, par A. Stuffer. 635
- Sclérose de l'oreille, ses rapports avec la pression artérielle labyrinthique et céphalo-rachidienne, par Maupetit..... 940
- Sclérose de l'oreille au point de vue de sa transmission héréditaire, par Körner..... 959
- Scopasthénie d'origine labyrinthique et quelques irradiations singulières du noyau de Deiters, par P. Bonnier..... 970
- Section du nerf auditif pour le traitement d'un cas de bourdonnements avec vertige, par Parry. 257
- Sensibilité relative de l'oreille humaine pour des sons de hauteurs différentes, mesurée au moyen de tuyaux d'orgue, par le prof. Zwaardemaker..... 152
- Signification morphologique de l'organe de l'ouïe, par C. Poli. 34
- Suppression des pansements après l'évidement pétromastoïdien, par Heyninx..... 557
- Suppuration chronique de l'oreille avec phénomènes de rétention. par Haskins..... 583
- Suppuration labyrinthique au cours d'une otite moyenne chronique suppurée, par H. Tilley. 561
- Suppuration labyrinthique récemment opérée, par W. Milligan. 561
- Surdité à l'école, par le professeur A. Hartmann..... 901
- Surdité consécutive aux oreillons, par R. Lake..... 563
- Surdité progressive d'origine labyrinthique, par le prof. Manass. 902
- Surdité vis-à-vis des mélodies, par Alt..... 579
- Symptômes de l'otite aiguë chez l'enfant, par Kerley..... 964
- Symptômes oculaires dans les maladies de l'organe auditif et dans leurs complications, par le prof. Gradenigo..... 706
- Syphilis de l'appareil de l'ouïe, par Brühl..... 263
- Présentation d'un temporal avec anomalie de la fosse jugulaire, par Alderton..... 583
- Théorie de la transmission du son, par Bœnninghaus..... 634
- Théorie de l'audition; réponse au docteur Pierre Bonnier, par A. Guillemain..... 843
- Théories de l'audition, par Albert A. Gray..... 957
- Thrombose infectieuse des sinus latéral et pétreux après mastoïdite aiguë. Mort par méningite. Autopsie, par Arnold Knapp..... 544
- Thrombose du bulbe de la veine jugulaire. Opération. Guérison, par Carl Koller..... 312
- Thrombose du sinus latéral, par Robert Lewis..... 316
- Thrombo-phlébite d'origine otique, propagée au sinus longitudinal inférieur, par De Carli.... 639
- Thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otique, par Tronconi. 639
- Thrombo-phlébite infectieuse du sinus latéral à la suite d'otite aiguë, par Alexander..... 577
- Thrombo-phlébite infectieuse otogène sans fièvre, par G. Alexander. 968
- Traitement actuel de l'otite aiguë

- au point de vue des médecins praticiens, par Heermann... 292
- Traitement chirurgical de la méningite d'origine otique*, par J. Alexander..... 711
- Traitement conservateur dans les suppurations du récessus épitympanique, par le professeur Haug. 903
- Traitement de la surdité et des bourdonnements par les courants à haute fréquence, par James Connal. 567
- Traitement de l'otite aiguë, par Scheibe..... 903
- Traitement de l'otite aiguë par la méthode de Bier, par Heine. 902
- Traitement des névropathies de l'oreille, par Burkner..... 645
- Traitement opératoire des maladies de l'oreille chez l'enfant, par E. B. Dench..... 323
- Traumatismes de l'appareil auditif, par Passow..... 276
- Trépanation de la mastoïde chez un nouveau-né, par G. Laurens. 965
- Troubles auditifs doubles d'origine cérébrale, avec aphasie, par Boenninghaus..... 322
- Troubles psychiques après les opérations sur la mastoïde, par Grossmann..... 636
- Troubles psychiques et otopathies, par Grazi..... 972
- Tuberculose du lobule de l'oreille à forme eczématoïde, par Raoult. 559
- Tuberculose du lobule de l'oreille à forme eczématoïde, par Raoult. 963
- Urticaire du tympan, par L. A. Lawrence..... 562
- Usage des mots à doubles voyelles pour déterminer l'acuité de l'ouïe, d'après la méthode des trois fractions, par Minkema..... 911
- Vertige et troubles de l'équilibre dans les affections de l'oreille interne ne dépendant pas d'inflammations suppuratives et leur signification au point de vue du diagnostic différentiel, par Wittmaack..... 971
- Vertige, sa pathologie et son traitement..... 563
- sinus frontaux, par R. Hoffmann. 898
- Abcès multiples du cerveau consécutifs à une suppuration bilatérale traumatique des sinus frontaux, par R. Hoffmann... 903
- Accidents consécutifs à un furoncle nasal, par Hennebert..... 646
- Acné hypertrophique du nez traité par la décortication, par W. Dubreuilh..... 975
- Adéno-carcinome du nez; ablation par le procédé de Killian, par J. Mac Coy..... 125
- Adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhinopharynx*, par G. Gellé..... 1
- Altération de l'odorat et des organes en général sur la sténose nasale complète par Martelli..... 972
- Anatomie et pathologie des sinus frontaux, par Parascandolo et De Meis..... 646
- Cancer du nez, par L. Lack. 267
- Cancer primitif du sinus ethmoïdal, diagnostic par le procédé de Roentgen, par Avellis..... 552
- Canule pour les lavages du sinus maxillaire par l'ostium maxillaire*, par C. J. Koenig.... 852
- Cavités accessoires du nez d'après des photographies de grandeur naturelle, par Onodi. ... 608
- Complications endo-craniennes des sinusites de la face, par Delsaux 554
- Conjonctivite de nature ozéneuse, par A. Valenzi..... 328
- Conjonctivite d'origine nasale, par Rodero..... 978
- Contributions des cavités naso-pharyngiennes chez les tuberculeux pulmonaires, par A. Ducos. 939
- Cornet ethmoïdal surnuméraire; névralgie faciale*, par Heyninx 870
- Corps étranger dans le nez d'un patient avec syphilis tertiaire, par P. Ph. L. Kan 911
- Corps étrangers du méat inférieur droit, par Löwenstein..... 912
- Coryza syphilitique, rhino-pharyngite purulente septico-pyohémique chez les nouveau-nés syphilitiques, par P. Gastou..... 288
- Croûtes dans un cas de catarrhe sec du nez et du naso-pharynx traitées par des pulvérisations de formaline, par Bronner... 267
- Cure radicale de pansinusites de la face, par Broeckeaert..... 979
- Démonstration d'une préparation

NEZ

- Abcès du lobe frontal d'origine nasale, par Seifert... 979
- Abcès multiples du cerveau après une suppuration bilatérale des

- d'une anomalie intéressante de la fosse nasale, par Rosenberg 260
- Dent aberrante dans la fosse nasale, par Hecht..... 271
- Détermination syphilitique sur le sinus frontal*, par C. Chauveau 517
- Deux cas de complications oculaires d'empyème des cavités annexielles du nez, par Alexander 901
- Deux cas d'ethmoïdite suppurée se déversant dans le sinus maxillaire, par P. Cauzard..... 883
- Déviation de la cloison nasale; revue critique des procédés de redressement par la résection large sous-périostée, avec un relevé de 116 opérations, par Otto T. Freer..... 949
- Ectopie dentaire dans une fosse nasale, par Hecht..... 326
- Élargissement des narines, par L. F. Pegler..... 571
- Emploi de la paraffine endo-nasale comme traitement complémentaire des sinusites maxillaires et fronto-maxillaires, par Guisez 556
- Empyème du sinus maxillaire datant de 17 ans guéri par 27 lavages faits à travers le méat inférieur*, par C. J. Koenig.... 813
- Empyème du sinus maxillaire datant de dix-sept ans, guéri par vingt-sept lavages faits à travers le méat inférieur, par Koenig..... 240
- Empyème frontal, par Eschweiber 902
- Empyème subaigu du sinus frontal consécutif à une scarlatine chez un enfant de 9 ans, par H. Tilley..... 268
- Épistaxis et son traitement, par Kretschman..... 646
- Étude des épistaxis, par Ch. Armand 615
- Ethmoïdite aiguë, par Ranglaret 328
- Fibres nerveuses à myéline dans les névroses réflexes nasales, par Widakowich..... 973
- Fièvre de foin et son traitement par le sérum, par A. Wolff 900
- Forme inverse de l'asthme des foins par Dieulafoy..... 974
- Forme rare de tuberculose nasale (condylome tuberculeux), par Francopoulo..... 975
- Fractures du nez, par Martin. 648
- Glandes intraépithéliales et dégénérescence muqueuse du canal excréteur des glandes, spécialement dans la muqueuse nasale, par Cordes..... 327
- Guérison d'un cas de rhinite vasomotrice après que tous les autres traitements avaient échoué, par l'administration de faibles doses d'iodure de potassium*, par C. J. Koenig..... 470
- Guérison immédiate d'un cas de rhinite vasomotrice par l'administration de faibles doses d'iodure de potassium, par Koenig..... 240
- Hypertrophie diffuse des os de la face; leontiasis ossea; ostéomes multiples des sinus de la face, par Patel et Pallanda..... 975
- Images radiographiques des cavités accessoires qu'on avait remplies de sulfate de plomb, par Wei 266
- Infection orbitaire et méningée d'origine ethmoïdale; mort*, par J. Mac Caw..... 978
- Influence orbitaire et méningée venue des cellules ethmoïdales, mort, par Mac Caw..... 896
- Influence de l'élargissement de la mâchoire supérieure sur la configuration de l'intérieur du nez, par Schröder..... 556
- Instruments nouveaux pour la résection sous-muqueuse de la cloison, par Killian..... 553
- Kyste hydatique du sinus maxillaire, par Bernex..... 975
- Lepto-méningite après une opération de Killian*, par Mermoud. 48
- Lupus du nez et du larynx, par Rosenberg..... 899
- Lymphatiques du nez et des fosses nasales, par Marc André... 298
- Maladies des voies respiratoires supérieures, maladies du nez, par Chiari..... 920
- Maladies du nez et du cavum, par Zarniko..... 587
- Mécanisme de la sécrétion nasale, par Goodale..... 308
- Méningite suppurée à staphylocoques, d'origine frontale, guérie par l'ouverture précoce du crâne et de la dure-mère, par H. Luc. 978
- Méningo-encéphalite séreuse d'origine nasale, par Erzfeld.... 979
- Méthodes modernes de traitement

- des affections des sinus de la face, par H. Curtis..... 626
- Modifications histologiques après les galvano-cautérisations de la muqueuse nasale. Étude du processus de cicatrisation après destruction ou plaie de cette muqueuse, par Arthur Westermann. 329
- Mucocèle des cellules ethmoïdales antérieures droites, par S. Solini. 328
- Mucocèle du sinus frontal. par G. Puccioni..... 649
- Nécrose de l'ethmoïde, par W. Hill 269
- Nouveau septotome, par W. Wells..... 542
- Nouveau traitement chirurgical des cas rebelles d'ozène, par J. Broeckart..... 647
- Nouvel instrument pour la résection de la cloison, par Ballenger. 542
- Nouvelle opération et nouveaux instruments pour drainer le sinus frontal, par F. Ingals..... 548
- Nouvel olfactomètre clinique, par R. Stevani..... 329
- Oblitération heureuse du sinus frontal après opérations répétées, par H. Curtis... 548
- Occlusion congénitale osseuse de la fosse nasale, par Claoué... 973
- Occlusion osseuse complète de la narine gauche, par Donelan. 572
- Opération externe pour la cure de l'ethmoïdite, par L. Coffin. 547
- Opération radicale de la sinusite frontale, par W. Freudenthal. 761
- Opérations radicales sur le sinus frontal, par W. Freudenthal. 547
- Ostéomyélite subaiguë du frontal avec empyème du sinus frontal droit, par S. Spicer..... 575
- Pathologie et développement des tumeurs dénommées « polypes saignants de la cloison », par Glas..... 649
- Perforation traumatique (?) de la cloison chez un enfant de 17 ans, par H. J. Davis..... 570
- Perméabilité respiratoire du nez dans les divers états pathologiques, par Burchardt..... 973
- Présentation d'un instrument pour la résection des éperons osseux de la cloison nasale (modification de la pince de Grünwald), par O. Freer..... 650
- Présentation d'un malade avec syphilis du nez, du palais, etc., par K. Nørregaard..... 583
- Présentation d'un malade chez qui il a réussi, à l'aide de son antroscopie, à découvrir un obturateur en caoutchouc dans son sinus maxillaire, par Hirschmann. 260
- Principes du traitement des suppurations du sinus maxillaire, par Gerber.... 329
- Prurit nasal idiopathique, par F. Kouby..... 327
- Question de l'ozène, par F. Nyqvist..... 974
- Radiothérapie pour cancer du nez, par Gauthier. 330
- Résection du cornet inférieur, par Z. Forselles.. 649
- Résection sous-muqueuse de la cloison nasale, par Vergniaud. 941
- Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale (méthode de Killian), par H. Tilley..... 268
- Résection sous-périchondrale du septum dévié, par Chiari... 581
- Résection sous-périostée de la cloison nasale. Nouveau procédé reposant sur l'emploi d'un couteau mécanique à lame pivotante, par Ballenger..... 953
- Résultats des opérations pratiquées pour les affections associées des sinus maxillaires ethmoïdal et sphénoïdal*, par P. Berens.. 457
- Résultats des opérations par voie maxillaire pour les affections associées du sinus maxillaire du labyrinthe ethmoïdal et du sinus sphénoïdal, par P. Berens.. 547
- Revêtement épithélial du vestibule du nez chez l'homme et chez les mammifères, par Chariton.. 645
- Rhinite atrophique et pharyngite avec pulsations visibles à la carotide, chez un homme de 36 ans, par Donelan..... 573
- Rhinite hypertrophique avec masse sessile sur le septum, par D. Grant..... 267
- Rhinite hypertrophique avec papillome inséré sur le bord inférieur du cornet moyen, par D. Grant..... 269
- Rhinite purulente et appendicite; adénoïdite folliculaire et appendicite*, par Delie..... 437
- Rhinolithiase, par S. Pusateri. 328

Rhinoplastie, par Winckler..	898
Rhinoplastie, par Gautier...	650
Rhinoplastie de l'ancien Hôpital général, par Digmann.....	979
Rhinoplastie par la méthode fran- çaise, par Gautier.....	650
Rhinorrhée purulente, par L. H. Pegler.....	571
Rhinosclérome (scleroma respirato- rium), par J. Kaplan.....	325
Rôle pathogénique des lésions alvéolaires dans la sinusite maxil- laire aiguë prolongée, par P. Jacques.....	646
Sarcomes de l'intérieur du nez, par G. Ferreri.....	976
Sarcome du vomer, par A. Herring.	977
Sinusite maxillaire, par Kofler.	265
Sinusite frontale; diagnostic, traite- ment, résultats, par Coakley.	546
Sinusite frontale double, par Waggett.....	572
Sinusite frontale suivie d'un abcès extra-dural, par A. Martineau.	647
<i>Sinus sphénoïdal</i> , par J. W. Gleits- mann.....	433
Symptomatologie de l'empyème du sinus maxillaire, par Menzel.	647
Syphilis du nez et des sinus acces- soires, par J. Logan.....	895
<i>Toux nasale</i> , par R. Kayser.	782
Traitement de la fièvre des foina par le sérum, par H. Loeb.....	894
<i>Traitement des déviations de la cloi- son par la résection sous-mu- queuse</i> , par R. Claoué.....	163
Traitement opératoire des suppu- rations chroniques des sinus fron- taux, par C. B. Lagerlöf...	330
Tuberculose nasale, par H. Barwell.	904
Tumeur maligne du sinus maxil- laire de nature épithéliale; nécrose du maxillaire supérieur; diagnos- tic; opération, par P. Cauzard	976
Tumeur osseuse du nez, par Lam- bert Lack.....	267
Tumeur récente du sinus maxillaire, par Cathcart.....	905

Tumeurs malignes des fosses nasales; un cas d'épithélioma de l'ethmoïde; résection maxillo-orbito-naso-frontale; ablation de l'ethmoïde: guérison opératoire, par P. Cauzard.....	977
Ulcération de la cloison nasale, par Bennett.....	570
Un mot à propos des complications orbitaires des affections nasales, par Coris.....	556
Voie endonasale dans les opérations sur les sinus accessoires du nez, par Walter Wells.	547
Voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx, par J. Duverger.....	611
Volumineux carcinome des fosses nasales, par Lepoutre....	976
Volumineux kyste osseux du cornet moyen, par Schatz.....	648

LARYNX

<i>Affections unilatérales des cordes vocales</i> , par le prof. A. Rosenberg.....	40
<i>Affections unilatérales de la corde vocale</i> , par A. Rosenberg..	552
<i>Angiome du larynx</i> , par Saint-Clair Thomson	905
<i>Angiome du larynx</i> , par J. Symonds	572
<i>Cancer du larynx</i> , par J. Horne	571
<i>Cancer du larynx</i> , par de Santi.	569
<i>Cancer intrinsèque du larynx</i> , par Patel	651
<i>Cancer laryngé opéré par extirpation totale</i> , par Rosenberg.	899
<i>Chirurgie du cancer du larynx</i> , par Cheval	245
<i>Corps étranger du larynx</i> , par S. Bentzen	331
<i>Corps étranger du larynx</i> , par Francopoulo	982
<i>Corps étranger de l'œsophage et du larynx</i> , par Arjona.....	982
<i>Démonstration d'un cas de kératose du larynx circonscrite</i> , par J.-C. Henkes	911

- Emploi de l'intubation dans deux cas de sténose laryngée survenue à la suite de variole et de scarlatine, par A. Bonain 332
- Épithélioma du larynx, par Smurthwarte 905
- Épithélioma du larynx, par Chevalier Jackson..... 543
- Épithélioma du larynx, thyrotomie, récurrence; ablation de la plus grande partie du larynx; guérison, par Félix Semon 267
- Extirpation totale du larynx sept ans après, par Symonds.... 572
- Fibrome du larynx chez un enfant âgé de trois ans. Trachéotomie puis laryngo-fissure et intubation prolongée, par T.-G. Harris. 983
- Fibrome du larynx chez un enfant de cinq ans ayant nécessité une trachéotomie et ultérieurement enlevé par une laryngo-fissure suivie d'intubation prolongée, par Harris 650
- Fibrome mou de la corde vocale, par H. B. Robinson..... 571
- Fibrome mou intra et extralaryngien, par F.-F. Paul. 332
- Fibrome œdémateux du larynx, par Achrent 332
- Guérison spontanée d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur (posticus), par A. Rosenberg 651
- Hémiplégie du larynx et hémia-trophie de la langue par lésion bulbaire, par Pasquier ... 980
- Hyperplasie sous-glottique. par H. Tilley 572
- Laryngite chronique, par Cathcart 268
- Laryngite hypertrophique, par Paget 569
- Laryngofissure selon le procédé de Semon, par Winkler 551
- Laryngosténose aiguë récidivante par laryngite hypo-glottique. Intubation répétée avec des tubes très légers de vulcanite*, par Citelli 981
- Laryngo-sténose syphilitique, par A. Martin 631
- Laryngotomie dans la tuberculose du larynx, par Hauslong... 552
- Laryngotomie dans la tuberculose du larynx*, par Hansberg 451
- Larynx dans la fièvre typhoïde (le)*, par C. Jackson 395
- Larynx dans la fièvre typhoïde, par C. Jackson..... 894
- Larynx des femmes atteintes d'ostéomalacie, par Siebenmann. 552
- Larynx enlevé pour cancer à épithélium pavimenteux, par Lit-tauer 913
- Lupus du larynx et de la luette, par Barwell..... 904
- Manifestations syphilitiques laryngiennes et trachéales*, par F. Packard. 789
- Manifestations syphilitiques au larynx et à la trachée, par Packard. 895
- Miroirs pour endolaryngoscopie, par E. Terkuile..... 911
- Morceau d'os retiré du larynx d'un homme de quarante ans, par Kahler 680
- Nature, symptômes, diagnostic et traitement des tumeurs bénignes du larynx, par C.-H. Knigh. 251
- Néoplasme intralaryngé de la corde vocale gauche, par S. Spicer. 906
- Obstruction brusque dans le tubage sans surveillance, emploi de tubes ajourés, par E. Escat. 332
- Œdème de la glotte, par Mayer. 982
- Pachydermie laryngée ou tuberculose? par Cathcart..... 570
- Papillome diffus des cordes vocales, par Clayton Fox..... 568
- Papillome du larynx, par Symonds. 572
- Paralysie complète de la corde vocale gauche avec dilatation de la pupille gauche, rétrécissement mitral et dilatation de l'oreille gauche, par A. Thorne... 906
- Paralysie de la corde vocale droite, par De Santi..... 572
- Paralysie de la corde vocale gauche, par Paget..... 569
- Paralysie de la corde vocale gauche, due à une tumeur localisée de la

glande thyroïde, par F.-J. Ste- ward.....	269	Syphilis du larynx ayant la trachéo- tomie, par Theisen.....	544
Paralysie des abducteurs associée à d'autres paralysies, par Tilley.....	627	Traitement de la laryngite tuber- culeuse par les aspirations laryn- gées de diiodoforme, par J. Mabi- lais.....	937
Paralysies du larynx et leur signifi- cation pour le diagnostic, par H. Barwell.....	627	Traitement de la tuberculose laryn- gée, par S. Stein.....	981
Paralysie du récurrent gauche par insuffisance mitrale, par Trétróp.....	248	<i>Traitement de la tuberculose laryn- gée par la lumière solaire</i> , par Jessen.....	793
Paralysies transitoires des cordes vocales après la grippe, par Castex.....	240	Traitement de la tuberculose du larynx par les rayons de soleil, par Tesser.....	552
Parésie fonctionnelle et organique combinée chez un chanteur, par Cathcart.....	570	Traitement de la tuberculose laryn- gée par les rayons de Röntgen, par Winckler.....	898
Photographies de tumeur maligne du larynx, par Bennett.....	569	Traitement et prophylaxie des maladies du larynx causées par l'usage professionnel de la voix, par H. Mygind.....	652
Polypes du laryngo-pharynx, par R. Botey.....	984	Tubage prolongé, par Deguy.....	652
Préparation d'un carcinome laryngé qui a percé sur la peau extérieure, par Sturmann.....	899	Tuberculose du larynx au cours de la grossesse, chez une femme qui fut enceinte quatre fois dans la suite, par C. Parker.....	568
Présentation de préparations prove- nant d'un kyste d'épiglotte, par Kahler.....	266	Tuberculose du larynx doit-elle être considérée comme une indi- cation pour l'interruption artifi- cielle de la grossesse? par Küttner.....	629
<i>Publications de langue française sur la laryngologie en 1904</i> , par G. Didsbury.....	529	Tuberculose laryngée et grossesse, par Charrin et Dehéraïn... ..	981
Recherches anatomiques sur le craquement laryngé, par Chérié- Lignère.....	330	<i>Tuberculose laryngée et son trai- tement</i> , par S.-H. Habershon.....	442
Réflexions sur quatre cas de laryn- gectomie totale, par Cauzard.....	237	Tuméfaction de la corde vocale droite, par E. Law.....	569
Remarques sur les données établies par le prof. Barth sur l'étude des mouvements du larynx dans les divers degrés de l'échelle tonale, par Hellat.....	331	Tumeur bosselée dépassant la gros- seur d'une noisette, ayant été enlevée de la face orale de l'épi- glotte, par Neumayer.....	272
Sangsue dans le larynx, par Saïtta.....	982	Tumeur de la corde vocale gauche chez un homme âgé de 46 ans, qui a de l'enrouement depuis quinze mois, par S. Paget.....	570
Sangsue dans le larynx, par Olivieri.....	983	Tumeur du larynx, par de Santi.....	570
Sangsues dans le larynx, par Bor- sotti.....	983	Tumeurs multiples de la région épi- glotte, par G.-C. Cathcart..	905
<i>Sténose laryngée et trachéale com- binée</i> , par Eugène Fischer.....	818	Tumeur tuberculeuse du ventricule de Morgagni, par Landgraf.....	261
<i>Stridor laryngé congénital</i> , par le prof. O. Cozzolino.....	52		
Symptomatologie de la paralysie du nerf laryngé supérieur, par Fronenberg.....	552		

PHARYNX

Adhérence vélo-pharyngée cicatricielle, par F.-R. Hamilton	336
Adhérences syphilitiques du voile du palais avec la paroi pharyngienne, par S. Neutzen.....	582
Affection maligne du pharynx et du larynx, par De Santi.....	905
Affections rares du pharynx, par von Schmiegelow.....	582
Amygdalite tuberculeuse occasionnant la mort par méningite tuberculeuse subaiguë, par F. Romero	986
Amygdalotomie, base du traitement des affections tonsillaires, par G.-B. Hope.....	466
Angines ulcéreuses et perforations du voile du palais dans la scarlatine, par Jules Pivert	617
Angiome du palais, par L. Lack.....	573
Angiome du voile du palais, par L. Lack.....	906
Blessure singulière dans la gorge, par Fein.....	580
Bride de la luette, par F. Marsh	335
Carcinome ulcéré de l'amygdale, par Citelli.....	655
Cessation des attaques d'épilepsie, après l'ablation des végétations adénoïdes, par Saint-Clair Thomson	334
Corps étrangers du gosier, par R. de la Sota y Lastra....	653
Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes, par Suarez de Mendoza.....	924
Diverticule pharyngien s'ouvrant dans le sinus piriforme, par D. Grant.....	573
Endothéliome de la région de l'amygdale linguale, par N. Biaggi	335
Enquête officielle du gouvernement sur la fréquence des végétations adénoïdes dans les écoles, par Burger.....	910
Éruption au niveau de la gorge, par W.-H. Kelson.....	905

<i>Expériences portant sur les phénomènes de sécrétion du voile du palais</i> , par Réthi.....	832
Fibrome de l'amygdale, par E. Hédon.....	334
Fréquence de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes par Vincent.....	334
Gangrène et ulcérations pharyngolaryngées post-rubéoliques, par Deguy et le Play.....	985
Hémorragie vélo-palatine répétée, probablement d'origine nerveuse, par C. Chauveau.....	211
Histoire des maladies du pharynx de 1800 à 1875, tome IV, par C. Chauveau.....	928
Importance de l'œdème du pharynx, par J. Schadle.....	896
Infiltration étendue du pharynx avec légère ulcération, par C. Parker.....	907
Influence de certaines maladies intercurrentes sur la marche des palatoplasties, par Ehrmann,	656
Lupus du pharynx et du larynx par H.-W. Carson.....	269
Lupus primitif du pharynx et du rhinopharynx, traité par la radiothérapie, par H.-S. Birkett	654
Lymphosarcome de l'amygdale; amélioration par le traitement arsénical, par Herbert Tilley	268
Malformations du palais et leur influence sur les maladies de l'oreille, par Kelly.....	567
Morcellement des amygdales et ablation des végétations adénoïdes chez l'homme adulte, par Chavasse.....	656
Opération de la tonsille pharyngée hyperplasiée, par H. Zwillinger	773
Origine des polypes choanaux, par Killian.....	553
Ossification dans les amygdales, par H. Halkin.....	987
Palais en ogive et déformation dus à de l'obstruction nasale, par Lambert Lack.....	571

- Papillome du naso-pharynx simulant un épithélioma, par T. Harris..... 655
- Papillome du naso-pharynx simulant un épithélioma par G. Harris..... 987
- Perforations congénitales des piliers postérieurs du voile du palais*, par Collét et Troullieur..... 516
- Pharyngite et chlorure*, par C. Chauveau..... 822
- Pharyngite sèche et chloruration*, par C. Chauveau..... 118
- Polype naso-pharyngien; opération par voie buccale et par voie externe*, par A. Bonain..... 463
- Procédé d'examen du cavum naso-pharyngien et du larynx chez les sujets hyperesthésiques, par Fournié..... 882
- Régression rapide de végétations adénoïdes après la rougeole*, par C. Chauveau..... 873
- Remarques sur une publication de Mann: « Paralyse du voile du palais », par Réthi..... 984
- Sangue dans le naso-pharynx*, par V. Maugeri..... 872
- Sarcome primitif de l'amygdale palatine, traité par les rayons de Röntgen, par S. Pusateri... 987
- Signification des dépôts tuberculeux sur les amygdales, par Wood..... 986
- Symphyse staphylo-pharyngée syphilitique, par Durand.... 653
- Symptômes secondaires des végétations adénoïdes, par J.-F. Fischer..... 333
- Synéchies cicatricielles entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx et leur traitement, par Hamilton..... 653
- Synéchie pharyngienne totale, de nature spécifique, opération; guérison, par Coosemans..... 248
- Syphilis pharyngée et pulmonaire ayant simulé de tous points la tuberculose, par Mery et Terrien..... 986
- Traité des angines de Lasègue*, (suite), par C. Chauveau... 188-499
- Traitement après l'adénotomie, par V. Seifert..... 550
- Trois cas d'atrésie choanale congénitale, par Kahler..... 580
- Troubles de motilité du pharynx et du larynx, par Tapia..... 585
- Tuberculose des amygdales chez l'enfant, par L. Kingsford..... 652
- Tuberculose primitive des végétations adénoïdes*, par F. Ivens..... 985
- Tuméfaction rétro-pharyngée, par Bennett..... 269
- Tumeur de l'amygdale, par W. Wingrave..... 268
- Tumeur de l'amygdale droite, par Navratil et Steiner..... 886
- Tumeur rétro-pharyngée, par Navratil et Steiner..... 886
- Tumeurs adénoïdes chez un homme de 59 ans, par L. Lack..... 906
- Tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant, par Moizard, Denis et Balée..... 336
- Tumeurs malignes du naso-pharynx*, par Compaired (de Madrid)..... 368
- Tumeurs télangiectasiques de la gorge, par J. Garel..... 988
- Ulcération de l'amygdale et du voile du palais par Kelson..... 906
- Ulcération de la voûte palatine, par A. Heindl..... 581
- Ulcération du pharynx, par D. Grant..... 575
- Ulcération et perforation palatine chez une enfant scrofuleuse. Adénopathie scrofulo-syphilitique, par Nicolas et Mouricand..... 336
- Ulcération récidivante des amygdales, accompagnée de lymphadénome, par F.-J. Steward..... 569
- Ulcération tuberculeuse du pharynx, par E. Mazoyer..... 653
- Ulcérations tuberculeuses chroniques du pharynx, par G. Puyaubert..... 618
- Végétations adénoïdes chez les nourrissons, par Le Marc Hadour..... 985
- Végétations adénoïdes chez les

nourrissons, par E.-J. Moure.	984
Volumineux fibro-sarcome du voile du palais, par Molinié.....	656
Voûte palatine en ogive; son traitement, par Neveu.....	138

BOUCHE

Adrénaline dans l'épithélioma ulcéré des lèvres, par A. Revello.	657
Angine de Ludwig, par Puyaubert.	989
Calculs salivaires de la glande sous-maxillaire droite et calcul amygdalien de l'amygdale gauche, par Thomas.....	659
Cancer de la langue, par Poirier.	990
Chancre de la gencive, par Chompret.....	658
Chancre de la gencive, par Chompret.....	337
Chancre de la langue, par H. Tilley.....	570
Cinq cas d'hémi-résection du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate de Martin, par Tixier.	992
Complication nouvelle de la parotidite, par F. Orta.....	660
Contribution à l'étude de la salive comme moyen de défense naturelle de la bouche, par H. Paranhos.....	989
Contribution au traitement des fistules de la première partie du canal de Sténon, par G. Frattin.	659
Enchondrome de la langue, par Routier.....	657
Formes microbiennes du muguet, par M. et M ^{me} Bourguignon.	989
Fracture du maxillaire supérieur, par Sébilleau.....	338
Fréquence du parasitisme fuso-spirillaire dans les lésions buccales, par le prof. H. Vincent...	46
Gangrène de la bouche, nomia, par G. Alvany.....	337
Glossite basique phlegmoneuse, par E. Escat.....	67
Hémiglossite parenchymateuse aiguë, par Thomas.....	989
Kyste dentigène avec inflammation simulant un abcès du sinus maxillaire causé par un odontome, par Haskin.....	548
Kystes des mâchoires d'origine dentaire; études de quelques points de leur histoire, par Tellier.	991
Localisation et opération externe des abcès de la base de la langue et des parties voisines du pharynx, par I.-A. Killian....	897
Méningite après parotidite, par L. Bentzon.....	993
Muguet idiopathique chez des adultes en bonne santé, par E. Pollak.....	194
Nécrose du maxillaire supérieur d'origine maligne (erreur de diagnostic), par Cauzard.....	237
Noma guéri par la lumière rouge, par V. Motchan.....	657
Oreillons et coqueluche, par Berardinone.....	993
Parotidite chronique, par Lendorf.	992
Parotidite infectieuse d'origine buccale, par C. Golesceano.	208
Parotidite suppurée chronique; échauffement; opération; guérison, par le prof. H. Lavrand.	512
Prognatisme inférieur, par V. Galippe.....	988
Recherches sur les voies lymphatiques de la muqueuse des joues, par E. Polya et V. Navratil.	307
Séquestre du maxillaire inférieur, par Princeteau.....	991
Traitement des cancers de la langue par la radiothérapie, par Pautrier.	990
Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires, par G. Rapp.....	658
Tuberculome ulcéré de la langue, par Ghedini.....	990
Tumeur de la langue, par Maurice Camus et Ertzbischoff.....	337
Tumeur de la langue, par W.-H. Kelson.....	905
Tumeur de la langue, par Kelson..	571
Ulcération de la langue chez un	

enfant de deux ans et demi, par Dundas Grant.....	269
Unité des stomatites. Etude philosophique, par F. Lemaire....	302

TRACHÉE

Atésie de la trachée et des grosses bronches d'origine traumatique, par Brindel.....	660
Bronchoscopie et trachéoscopie par la méthode de Killian, par Mosher.....	544
Bronchoscopie et chirurgie des poumons, par Killian.....	553
Cancer primitif et isolé de la trachée, par : R. Hoffmann....	352
<i>Carcinome primitif circonscrit de la trachée</i> , par R. Hoffmann.	360
Chirurgie de l'œsophage, par Broëckaert.....	998
Corps étranger de la bronche gauche, enlevé par une opération, par W. Pasteur et T.-H. Kellock.	661
Corps étrangers de l'œsophage, par Ecot.....	996
Corps étrangers de l'œsophage, par Coosemans.....	249
Corps étranger de l'œsophage; extraction, par Morales Perez.	662
Corps étranger des voies respiratoires, par H.-J. Davis....	570
Corps étrangers extraits de l'œsophage, de la trachée et des bronches, par l'œsophagoscopie et par la bronchoscopie supérieure, par Killian.....	553
Démonstration de nouveaux instruments pour la bronchoscopie, par Killian.....	553
Emploi d'une sonde porte-caustique modifiée pour le traitement des voies respiratoires supérieures, par Sanitor.....	338
Extraction des corps étrangers de l'œsophage à l'aide du crochet de Kirmisson par Kirmisson.	997
Extraction des corps étrangers par l'œsophagoscopie, par H. Stark.	663
Extraction des corps étrangers	

des premières voies digestives et respiratoires à l'aide de l'œsophagoscopie et de la trachéoscopie, par Denker.....	99
Extraction de corps étranger des voies aériennes à l'aide de l'électro-aimant, par Burk..	660
<i>Fibro-sarcome de l'isthme et du lobule droit de la glande thyroïde</i> , par E. Botella.....	81

PHONÉTIQUE

Amoindrissement du pouvoir vocal chez les chanteurs, les professionnels de la parole, les militaires, par T. Flatau.	914
<i>Consonnes ; leur rôle dans la formation de la voix parlée et chantée ; leur influence sur l'émission vocale</i> (suite), par J. Belen.....	214, 521, 878
Enquête sur les troubles de la parole chez les écoliers, par G. Rouma	995
Essai d'analyse psychologique du mécanisme du langage, par Odier	993
Essai sur le développement et les premiers troubles du langage chez l'enfant, par G. Rouma	995
Exercices acoustiques, par O. Decroly et G. Rouma	994
Récentes recherches sur la nature du son des voyelles et leurs rapports avec les mouvements de la membrane du tympan, par W. Colquhoun.....	567
<i>Recherches expérimentales sur le timbre des voyelles nasales françaises</i> (suite), par A. Zund-Burguet (de Paris).....	177, 487
<i>Résonnateur universel pour le renforcement des sons du diapason</i> , par A. Zund-Burguet	853
<i>Sur un quatrième registre musical de la voix chez des jeunes filles dans l'âge de puberté ; contribution à l'étude de la question des registres</i> , par le professeur S. Flatau	171
Troubles de la parole chez l'enfant	

et leur influence dans la vie, par Rouma	994
<i>Un contre-respirateur intra-bucal</i> par Heyninx	855
Gastrotomie pour rétrécissement de l'œsophage, par Venot et Mo- nod.....	662
Goitre d'origine tuberculeuse, par Cotte.....	996
Goitre suffocant, par Lambert	996
Goitre suffocant mis à l'air. Guéri- son des accidents; atrophie du goitre, par Cavaillon.....	661
Grefte thyroïdienne, par Gau- thier et Kummer.....	661
Guérison des fistules trachéo- œsophagiennes, par von Navra- til.....	339
Incrustations de la trachée, par Fé- lix Semon.....	266
Nouveaux cas de corps étrangers traités au moyen de l'œsophago- scopie et de la trachéo-broncho- scopie directe, par Killian.....	998
Occlusion congénitale de l'œso- phage, par William Thomas.....	662
Œsophagotomie chez un enfant de 3 ans pour un sou resté dans l'œ- sophage, par Leriche.....	663
Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage, par Bé- rard	340
Ozène trachéal, par Florea Simio- nescu.....	798
Panier de Graefe et corps étran- gers de l'œsophage, par Acqua- viva.....	662
Papillomes de la trachée, par Goldschmidt.....	913
Paralysie bilatérale par compres- sion cicatricielle du récurrent à la suite de la thyroïdectomie, par A. Cartaz.....	661
<i>Polype trachéal myxo-sarcomateux;</i> <i>Coupe microscopique.</i> par Hey- ninx.....	872
Prothèse ayant pour but d'éliminer les voies respiratoires supérieures par Gluck.....	260
Rapport sur quelques expériences avec la méthode d'exploration di-	

recte des voies respiratoires su- périeures, par E. Mayer....	576
Réflexe œsophago-salivaire dans la déglutition, par Roger....	340
Réflexe œsophago-salivaire envi- sagé comme symptôme du can- cer de l'œsophage, par Antony.....	340
Remarques à propos de la thyroto- mie, par Löwe.....	995
<i>Traitement local sous le contrôle</i> <i>de la vue des rétrécissements de</i> <i>la trachée et des bronches,</i> par Pieniazek.....	681

SURDI-MUTITÉ

Contribution à l'étude de la surdi- mutité héréditaire. Nouvelles recherches sur le vertige galva- nique, par Hammerschlag.....	665
<i>Education familiale du jeune</i> <i>sourd-muet (suite),</i> par E. Drouot (de Paris).....	184, 494
Enseignement des sourds-muets, par le P ^r Passow.....	901
Gymnastique et rééducation respi- ratoires appliquées à la méthode orale dans l'enseignement péda- gogique des sourds-muets, par Georges Tilloy.....	666
Institut des sourds-muets à Rome, par G. Ferreri.....	668
Préparations microscopiques du labyrinthe d'un sourd-muet, par Lindt.....	902
Question de pratique sur l'éclairage des salles dans un établissement de sourds-muets, par K. Baldrian.....	668
Remarques au sujet de quelques nouveaux traités statistiques alle- mands sur la surdi-mutité, par Uchermann.....	665
<i>Sourds-muets et parole,</i> par E. Drouot.....	858
Surdi-mutité congénitale, par le prof. Joh. Habermmann...	664

ANESTHÉSIE

Alpimine, nouvel anesthésique local, par Politzer.....	1000
---	------

Anesthésie au chlorure d'éthyle dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles, par Neuenborn.....	912
Anesthésie générale par le sommeil dans la pratique chirurgicale, par Bert.....	698
Empoisonnement aigu par l'aniline après emploi d'un anesthésique local dans l'oreille, par Martin Sugar.....	342
Narcose par le chlorure d'éthyle dans la pratique oto-rhino-laryngologique, par Neuenbury.....	341
Sur l'anesthésie locale, par Impeus.....	1000

THÉRAPEUTIQUE

Action locale du sérum antidiphthérique, par Dopter.....	344
Adrénaline en oto-rhino-laryngologie, par De Carli.....	345
Amaurose après prothèse à la paraffine, par W. Mintz.....	345
Appareil de Beck pour le traitement à l'air chaud, par Jörgen Möller.....	582
Appareil de Rossi pour le massage vibratoire de l'oreille, par De Carli.....	343
Collodion : son emploi dans les relâchements du tympan et des ligaments du marteau, par S. Bryant.....	635
Contribution à la chirurgie de la base du cerveau, par C. Goris.....	673
Effets secondaires de l'aspirine, par E. Fischer.....	136
Emploi de la sublimine dans les affections de l'oreille, par Alexander.....	670
Emploi des « salivoids » comme pansement dans la chirurgie endonasale, par C.-J. Kænig....	485
Emploi du bromure de radium dans le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures, par C. Campbell..	671
Exanthème scarlatiniforme par l'injection de sérum antidiphthérique, par Ponticaccia.....	1001

Influence climatérique du littoral méditerranéen français sur les affections du pharynx et du larynx, par Mignon.....	475
Injectons de thiosynamine et vaseline, par Hanszel.....	265
Instrument devant servir à mesurer la force de la voix (non pas de l'acuité auditive), par Lucae.....	264
Lampe frontale améliorée, par Stucky.....	542
Lampe frontale modifiée, par Wendell Phillips.....	542
Lampe stérilisable pour la diaphanoscopie, par E. Lombard.....	673
Méthode pratique de turbinectomie, par G. Ferreri.....	344
Nouvel inhalateur de Heryng, par Pinkns.....	573
Nouvelles aiguilles à suture, par J. Toubert.....	850
Nouvelle technique d'injection intratrachéale par voie nasale, par Marangos.....	126
Perborate de soude, isoforme et tothion, par le prof. Georges..	492
Phénylpropionate de soude en inhalations contre la tuberculose laryngée et pulmonaire, par A. Bulling.....	1000
Points en litige dans le traitement des otites aiguës prolongées et de leurs complications, par Wiener.....	1002
Présentation de l'appareil de Saenger pour l'inhalation de liquides volatilissables, par Meissen.....	912
Présentation d'instruments, par C. Jackson.....	541
Présentation d'une vessie réfrigérante pour la gorge, par Löwenstein.....	912
Présentation d'un stylet porte-coton pour le nettoyage du canal de l'infundibulum, par Hecht.....	344
Prophylaxie de l'otite dans la scarlatine, par Rodling.....	1002
Prothèses à la paraffine, par P. Kald.....	345
Pulvérisateur pour vaseline liquide, par F. Semon.....	573

Quelques expériences dans le domaine de la thérapeutique, par E. Baumgarten.....	133, 472
Quelques mots contre la ponction lombaire, par C. Ziem.....	755
Recherches expérimentales pour la connaissance de l'action du salicylate de soude et de l'aspirine sur l'organe de l'ouïe, par H. Haike.....	309
Thiosinamine dans le traitement des affections de l'oreille, par Cassel	670
Traitement amygdalien dans le rhumatisme articulaire, par Gürich.....	1001
Traitement de la diphtérie par la teinture de myrrhe, par Stroll	671
Traitement chirurgical de la méningite purulente, par Hinsberg	1002
Traitement de l'asphyxie par l'aspiration intra-trachéo-bronchique, par Latarjet.....	672
Traitement de l'asthme, par Sangen	896
Traitement de la syphilis, par Capart.....	673
Traitement de l'otite moyenne catarrhale chronique par la thiosinamine, par M. Sugar..	870
Traitement de l'adénite cervicale, par F.-S. Bulkley.....	675

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine de New-York	250, 582
Académie médico-chirurgicale espagnole.....	273, 584
XIV ^e Congrès annuel de la Société allemande d'otologie.....	501
XII ^e Congrès des laryngologistes de l'Allemagne du sud...	550, 896
Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie	241, 554
Société de laryngologie de Berlin.....	259, 575, 599
Société de laryngologie de Vienne.....	265, 580

Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris	237, 882
Société d'otologie autrichienne	269, 577, 907
Société d'otologie de Berlin	263, 560, 891
Société laryngologique de Londres	266, 563, 904
Société laryngologique de Munich.....	270
Société laryngo-oto-rhinologique de Saint-Petersbourg.....	260
Société néerlandaise de laryngologie, de rhinologie et d'otologie.....	909
Société otologique anglaise	254, 561, 887
Société oto-laryngologique de l'ouest de l'Allemagne.....	911
Société oto-laryngologique danoise.....	532
Société oto-rhino-laryngologique américaine.....	540, 894
Société royale hongroise.....	885

VARIA

Abcès extradural périsinusien; opération suivie de guérison; considérations pratiques, par L. Bar.	770
Abcès inter-vertébro-digastrique, par Goris.....	559
A la mémoire du P ^r Louis Jacobson, par Brühl.....	349
Anatomie chirurgicale du facial, par Alderton.....	583
Anastomose chirurgicale entre le tronc du nerf facial et le grand hypoglosse chez le chien. Retour de la motilité des muscles de la face, par Villar.....	675
Anomalies du sinus latéral, par Collet.....	674
Autobiographie de médecin, le docteur Botey raconté par lui-même, par C. Chauveau.....	519
Branchiome cervical malin traité par la radiothérapie, par Barjon.	346
Cas inhabituel d'abcès cérébral; abcès bilatéral temporo-sphénoï-	

- dal ; opération ; guérison, par A.-L. Whitehead..... 674
- Cavité glénoïde du temporal chez les sains d'esprit, les aliénés et les criminels, par Poli..... 674
- Complications nasales et auriculaires de la diphtérie, de la scarlatine et de la rougeole, par Mac Collom..... 549
- Compte rendu de sept opérations intracraniennes faites dans une année, par G. Cott..... 894
- Contribution à la cure chirurgicale des foyers limités de lepto-méningite suppurée, par Luc. 249
- Démonstration de deux squelettes de souris, par Hammerschlag. 269
- Dyspnée inspiratoire, par De Santi. 906
- Enseignement et pratique oto-laryngologique à Londres (suite), par H. Massier (de Nice)...* 200
- Extirpation d'une tumeur polypoïde de la base du crâne après excision préliminaire du maxillaire supérieur, par F.-A. Southam. 675
- Formation phylogénétique vicariante des sens, par G. Alexander..... 908
- Hernie cérébrale et cérébelleuse à la suite d'une encéphalite aiguë, par H. Tod..... 563
- Hygiène du goût et de l'odorat, par R. Botey..... 348
- Importance de l'étude de l'oto-rhino-laryngologie pour le médecin praticien, par le prof. Burger.* 875
- Isambert, son rôle en pathologie pharyngo-laryngée, ses conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies, par C. Chauveau.....* 863
- Joseph Toynbee; esquisse historique, biographique, par Politzer. 349
- Kyste rempli de matières athéromateuses, par Hanszel.... 265
- Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures. Etiologie du lupus, par Escat..... 1003
- Luxation traumatique du globe dans les cavités maxillaire et nasale, par Kalt..... 674
- Moyen d'éviter les stomatites mercurielles : pâte dentifrice à cet usage, par Johan Almgvist. 346
- Mutisme datant de seize mois chez un dégénéré migrateur. Guérison par suggestion, par MM. Lannois et Feuillade..... 347
- Nécrose syphilitique de la troisième vertèbre cervicale, par Forns..... 274
- Nouveau champ de la corticale du cerveau et nouveau réflexe du larynx, par J. Katzenstein. 576
- Odeurs et troubles cardiaques, par Joal..... 338
- Pathogénie de la Diphtérie, par R. Scheller et P. Stenger..... 1003
- Paralysie faciale gauche, ulcération de l'oro et du naso-pharynx, par J.-H. Davis..... 574
- Paralysie traumatique du facial, par Fernandez Sanz..... 585
- Périchondrite et myosite gommeuse par Haslund..... 1004
- Phlébite du sinus caverneux, par A. Raoult et Pillement..... 639
- Piqûre d'abeille à la lèvre; mort, par H. Kaasberg..... 347
- Possibilité et mécanisme de la compression brusque de la moelle et la mort qui s'ensuit dans les cas d'élimination par nécrose syphilitique du corps de la troisième cervicale, par Tapia..... 584
- Préoccupations hypochondriaques avec hallucinations obsédantes de l'ouïe ou de l'odorat, par Leroy..... 1003
- Processus histologique déterminé par l'injection de paraffine, dans le tissu humain vivant, par Eschreiber..... 346
- Quelques cas de syphilis (nez, pharynx, larynx), par Castex. 238
- Remarques au sujet de ma méthode d'opération sur le bulbe de la jugulaire, par Voss..... 350
- Résection de gros troncs nerveux

- et vasculaires pendant l'ablation de tumeurs du cou, par S. P. Fedorov 675
- Sclérome par Lipscher..... 886
- Scrofule, terrain septico-pyohémique héréditaire ou acquis, par P. Gastou..... 294
- Sécrétion profuse (abondante) du liquide céphalo-rachidien sans lésion du tympan (présentation du malade), par T.-L. Lévine. 261
- Statistique opératoire du service de M. le professeur E.-J. Moure, du 1^{er} décembre 1903 au 30 novembre 1904, par G. Lannelongue. 1004
- Strie vasculaire de la chauve-souris, par le prof. L. Katz.... 342
- Suppuration de l'os temporal avec participation principale de sa portion pétreuse, par R. Lake. 674
- Symptomatologie, diagnostic et traitement de la thrombose des sinus pétreux, par Mac Kernon. 545
- Symptômes, diagnostic et traitement de l'encéphalite et de l'abcès du cerveau, par F. Jack. 545
- Syphilis tertiaire grave simulant la lymphadénie, par Trétrop. 248
- Toux hystérique, par Mac Auliffe. 251
- Tubage « peroral » à pression d'air augmentée, par Evanz Kunhl. 899
- Ulcère rongeur de la face à marche rapide chez un malade ayant présenté une ulcération nasale trophique*, par Hélot. 75
- Une seringue en verre aseptique, présentée par Ritter..... 898
- Valeur de quelques formes de fièvre prolongée dans l'enfance, par G. Mya..... 676

Le Gérant : M. DESBOIS.